

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR LE

N^o
595

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 1 heure

Par LOUIS BEAUPREZ

Né à Cauroir (Nord), le 7 septembre 1872
Ancien externe des hôpitaux de Lille
Ex-interne des Asiles

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FOLLICLIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

GAUCHER,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR LE

555

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 1 heure

Par LOUIS BEAUPREZ

Né à Cauroir (Nord), le 7 septembre 1872

Ancien externe des hôpitaux de Lille

Ex-interne des Asiles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

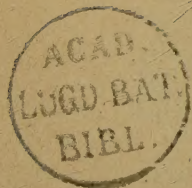
LA FOLLICLIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

GAUCHER,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ LABOULBENE.
	{ CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	{ GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	{ PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	{ GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE

M^{lle} HÉLÈNE SALEZ

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE PROFESSEUR LELOIR

A M. LE DOCTEUR BROcq

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROCA-PASCAL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La folliclis est une affection rare. Ayant eu l'occasion d'en observer deux cas dans le service de M. le D^r Brocq à l'hôpital Broca-Pascal, sur les conseils de ce maître, nous avons jugé à propos d'étudier cette affection et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprendra les sept chapitres suivants :

- 1^o Historique ;
- 2^o Exposé des observations ;
- 3^o Symptomatologie ;
- 4^o Marche et terminaison ;
- 5^o Etiologie ;
- 6^o Pathogénie ;
- 7^o Anatomie pathologique.

En outre, une planche donnant la reproduction de deux coupes histologiques complétera notre thèse.

Pour obéir à une tradition que nous sommes heureux de respecter, avant d'aborder notre sujet, nous acquitterons bien faiblement de nombreuses dettes de reconnaissance en remerciant publiquement les maîtres de la faculté de Lille qui dirigèrent nos premiers pas dans les études médicales.

Nous saluerons tout d'abord la mémoire de M. le professeur Wannebroucq, notre premier maître à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

Nous rendrons ensuite un respectueux hommage à la mémoire de notre regretté maître le professeur Leloir, dont nous eûmes le bonheur d'être d'abord l'externe, puis plus tard l'interne suppléant. Son savant enseignement, ses encouragements précieux contribuèrent puissamment à nous faire aimer l'étude au début si difficile de la dermatologie.

Nous ne saurions oublier l'obligeance extrême avec laquelle M. Charmeil, professeur agrégé, nous a prodigué ses bons conseils et ses savantes leçons lorsqu'il était chargé du service des enfants à l'hôpital St-Sauveur de Lille où nous étions alors externe.

Nos remerciements iront ensuite à tous nos autres maîtres de la faculté de Lille qui nous ont initié à la connaissance de la clinique et dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Nous adresserons en même temps l'expression de notre plus vive reconnaissance aux savants professeurs de la faculté de Paris, dont l'enseignement nous intéressa si puissamment et restera toujours pour nous de la plus grande utilité.

Tout particulièrement, nous conserverons bien vivace le souvenir des belles leçons de M. le professeur Pinard à la maternité Baudelocque et de M. le Dr Brocq, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, qui nous a ouvert, avec la plus grande amabilité, les portes de son service. Nous n'oublierons jamais son enseignement si éclairé et les judicieux conseils qu'il nous a donnés pour nous aider à mener à bien notre travail.

A M. le Dr Veillon, chef de clinique, nous offrons nos remerciements pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a communiqué les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques, et pour son affectueuse bienveillance à notre égard.

M. le professeur Fournier nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il daigne agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'affection qui nous occupe, longtemps méconnue et classée dans le groupe aussi vaste que vague des folliculites, n'a été bien étudiée que dans ces dernières années.

Velpeau avait décrit les abcès tubéreux, Verneuil avait remarqué certains abcès dermiques sur des adultes et sur des enfants, cantonnés de préférence en diverses régions du corps, Bazin avait parlé des scrofulides, mais personne n'avait étudié et décrit nettement l'affection qui fait le sujet de notre thèse.

C'est aux dermatologistes de notre époque que revient l'honneur d'avoir mis un peu de clarté dans le groupe obscur des folliculites. Ce groupe, longtemps intact, a subi de nombreux démembrements. Diverses affections, classées faute de mieux sous l'étiquette « folliculites », sont devenues de véritables entités morbides. Il nous suffira de citer la kératose pileuse, certaines variétés de lichen, d'eczémas, d'acnés, le pityriasis rubra pileuse, des affections des poils d'origine parasitaire, des éruptions artificielles de cause externe telles que les folliculites et périfolliculites des fileurs et rattacheurs dans les filatures de laine (Leloir), le sycosis vrai, les périfolliculites conglomérées en placards (Du Claux et Leloir, Quinquaud), etc., etc.

L'affection qui nous occupe a une origine semblable. Type clinique des plus rares, elle n'a été bien observée que depuis une dizaine d'années tout au plus, et elle a été décrite par divers auteurs sous des noms différents.

En 1890, M. Brocq, dans son ouvrage sur le *Traitement des maladies de la peau*, l'a décrite sous le nom de *Folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendances cicatricielles*.

En janvier 1891, M. Barthélemy a publié sur cette affection un mémoire intitulé *De l'acnitis, ou d'une variété spéciale de folliculites et périfolliculites généralisées et disséminées*. Ce travail, fait en collaboration avec MM. Darier, Jacquet et de St-Germain, renferme en particulier deux observations remontant à 1882, l'une d'acnitis, l'autre de folliclis, prises toutes deux à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Fournier.

En avril 1891, c'est-à-dire la même année, M. Bronson dans le *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, publie une observation de cette affection qu'il appelle « Acne varioliformis of the extremities ».

En 1892, M. Politzer, dans le *Monatsh. für prak. Dermatologie*, rapporte un cas semblable. Il nomme cette affection « Hydradenitis destruens suppurative ».

La même année, M. W. Dubreuilh décrit la même affection sous le nom de « Hydrosadénite suppurative disséminée » (*Annales de dermatologie*, mai 1892, n° suppl.).

Le 1^{er} janvier 1893, il reprend la question dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. Il en fait une nouvelle discussion basée sur deux observations. En 1896 Unna décrit une « Spiradénite disséminée suppurative » (*Die histo-path. der Haut*, 1894).

En 1896, MM. Tenneson, Leredde et Martinet publient un mémoire sur un « granulome innominé » (*Annales de dermatologie*).

L'attention des dermatologistes est alors attirée vers cette nouvelle affection, et de nombreux observateurs en publient de nouveaux cas (MM. Barthélemy, Darier, Brocq, Du Castel, Hallopeau, G. Bureau, Laffitte, Danlos, Thibierge). La plupart de ces cas sont présentés en 1896, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, où on les analyse et on les discute.

On rapproche alors de cette affection un grand nombre d'autres maladies désignées sous les noms d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, de folliculites disséminées ou groupées, et on remarque que toutes ces dermatoses ont entre elles de grandes ana-

logies, qu'elles forment presque un groupe naturel, et que, bien plus, très souvent ces différentes variétés se trouvent réunies sur un même sujet.

En outre, en étudiant de près les observations, il semble alors qu'il existe entre ces diverses affections et la tuberculose une certaine relation. Laquelle ? On l'ignore, mais néanmoins il semble qu'il en existe une.

M. Hallopeau, le premier, émet cette opinion (1^{re} séance d'avril de la Société de dermatologie et de syphiligraphie) et fait à ce sujet une communication au congrès de Londres (Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire). Dans son rapport, M. Hallopeau, après avoir distingué : 1^o des tuberculoses cutanées bacillaires (lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl, tuberculose papillomateuse de Besnier, le tubercule anatomique, les gommes, etc.), 2^o des tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne distincte du bacille vulgaire (lupus érythémateux, lupus pernio), admet une troisième variété de tuberculoses cutanées, lesquelles tuberculoses cutanées seraient engendrées par des toxines émanées de foyers tuberculeux plus ou moins éloignés. Dans cette classe rentreraient le lichen scrofulosorum, l'acné des cachectiques, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées ou agminées en placards à progression excentrique, la tuberculose papulo-vésiculeuse, érythèmes noueux, et les formes mixtes.

C'est alors que M. Darier propose, pour éclaircir un peu la question, de donner à toutes ces variétés le nom générique de « tuberculides » (*Soc. de dermat.*, séance du 40 décembre 1896). Ce nom de tuberculides, admis par les uns, rejeté par les autres, admis enfin par d'autres avec certaines réserves, résume à peu près l'état de la question.

En janvier 1898, M. Boeck de Christiania publie un long article sur les « exanthèmes de la tuberculose » (*Archiv. für Dermatologie*, janvier-février-mars 1898).

Tout récemment, au congrès de la Société allemande de der-

matologie (Strasbourg, 31 mai, 1^{er} et 2 juin 1898). M. Touton a fait une nouvelle communication sur les « tuberculides de Darrier ».

Au même congrès, M. Jadassohn a exposé le traitement des tuberculides.

OBSERVATIONS

Obs. I (résumée). — *Folliculis*. — Extraite du mémoire de M. BARTHÉLEMY,
Sur l'*acnitis*, 1891.

Pitza (Mayer), juif polonais, 35 ans, cordonnier.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires. Pas de syphilis ni d'antécédent vénérien.

Il est porteur d'une éruption spéciale qu'il est bien difficile, sinon impossible, de faire rentrer dans un des cadres actuellement connus.

L'année dernière le malade a déjà été une fois entrevu à la consultation. Il venait demander conseil pour l'éruption en question qui avait apparu alors en une poussée plus violente, plus douloureuse, plus aiguë que d'habitude.

En effet, cette éruption procède par poussées successives, ordinairement peu aiguës, peu douloureuses, peu abondantes. Chaque éruption se compose d'une douzaine de boutons qui ne viennent d'ailleurs pas en même temps, de sorte que l'on peut étudier les divers aspects et les degrés différents de développement présentés par les éléments successifs pendant leur évolution. On voit en effet au milieu de cicatrices, traces de boutons anciens, des boutons récemment apparus formant des élevures qui ne peuvent être qu'une variété de folliculites.

L'éruption siège exclusivement sur les membres ; on n'en voit aucun élément ni à la face, ni sur le tronc. Les membres supérieurs sont plus intéressés que les membres inférieurs. Cependant, du côté gauche du tronc, en arrière, on voit un certain nombre de cicatrices blanches qui ressemblent à celles des bras, mais qui sont plus elliptiques et plus larges.

Les régions de beaucoup les plus intéressées sont les coudes et les genoux, et, d'une manière générale, les faces d'extension plutôt que celles de flexion.

La fesse gauche cependant présente un certain nombre de cicatrices blanches, linéaires, réunies sur une petite surface, ressemblant assez à celles des ventouses scarifiées, quoique un peu plus larges et avec cette différence qu'elles sont disposées sans régularité. D'ailleurs, l'aspect linéaire n'est qu'apparent et est formé par un repli de la peau ; ce sont donc des vergetures cicatricielles.

Si, en effet, on vient à tendre la peau, on obtient alors une surface cicatricielle ovale qui, étalée, a la largeur d'une lentille ou d'un pois.

Les plis forment des lignes (2 ou 3), dont l'une, celle du milieu, est plus étendue et plus saillante (aspect gaufré) ou parsemée de 3 ou 4 petits points blancs, légèrement déprimée, comme certaines cicatrices vaccinales. D'autres enfin sont arrondies, lisses, blanches, sans strie ni dépression ponctuée mais sont déprimées en masse, par rapport à la peau normale et forment de petites cicatrices faites comme par un emporte-pièce, très également et très superficiellement.

Quelques folliculites, très rares, ont évolué dans les espaces interdigitaux des orteils du côté gauche. Un certain nombre de cicatrices existent à la région dorsale du tarse, notamment au niveau du cinquième métatarsien gauche. Elles affectent la disposition linéaire.

On en voit un autre groupe, au-dessous et en arrière de la malléole externe, au niveau de la face latérale du tendon d'Achille.

La région sus-malléolaire, le tiers inférieur du mollet sont complètement indemnes.

Les cicatrices reparaissent avec leur aspect spécial, leur circularité parfaite, leur superficialité, leurs bords très légèrement saillants ; ces bords sont formés par un mince liseré pigmenté à la limite de la peau saine ; quelques-unes ont une pigmentation étroite, périphérique et une pigmentation ponctuée centrale, et, en effet, comme nous le dirons plus loin, un certain nombre de lésions récentes présentent une zone rouge et enflammée ou squameuse, selon leur âge, et un centre ulcéré très profondément relativement à sa largeur (tête d'épingle) ; de là un aspect putéiforme très marqué ; on dirait une véritable perte de substance faite avec un emporte-pièce punctiforme ; comme si une petite glande avait été complètement énucléée de sa loge et qu'il n'en restât plus que les parois lisses. C'est de là évidemment que vient la pigmentation centrale de certaines cicatrices.

Le malade, dont nous étudions la maladie dès 1882, avait été criblé de cicatrices blanches, ou pigmentées, ou violacées, ou rougeâtres, selon leur âge, comme s'il avait reçu là un coup de fusil chargé à plomb. Les régions atteintes sont : le genou du côté gauche, la région rotulienne, la région correspondant à la tubérosité antérieure du tibia, la moitié inférieure ou antérieure de la cuisse. Il n'y a aucune trace de lésion au creux poplité. Le tiers supérieur est indemne en avant et assez pris, au contraire, en arrière, et d'autant plus qu'on se rapproche de la fesse. En ceinture, rien. Quelques cicatrices aux lombes ; quelques-unes à l'omoplate gauche.

En avant, depuis le tiers moyen des cuisses jusqu'au vertex, il n'y a plus une seule cicatrice.

Celles-ci reparaissent au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle. A la région deltoïdienne, on en voit un petit groupe qui sont tout à fait punctiformes, plus blanches et plus petites qu'aux jambes.

Les cicatrices vaccinales sont remarquables seulement par leur largeur (pièce de 1 franc) sur le malade qui fait le sujet de cette observation.

Les petites cicatrices spéciales se retrouvent, cette fois, en grand nombre, au niveau du coude. Là encore elles sont arrondies, égales, superfi-

cielles, ponctuées ou ridées, blanches ou colorées par du pigment ou par une matière colorante (brune ou violacée) du sang, suivant leur âge.

Le plus grand nombre est de l'étendue d'un pois, entre lesquelles quelques-unes plus petites, de la dimension d'une lentille, se voient. Une seule a la largeur d'une pièce de 20 centimes. Elle est d'ailleurs aussi superficielle que les autres.

Mais c'est de beaucoup, aux avant-bras et à la face postérieure des avant-bras, surtout aux poignets et à la face dorsale des mains, que les cicatrices sont le plus nombreuses, le plus égales, le plus arrondies, le mieux ponctuées, par un, deux et surtout trois ou même quatre points pigmentés.

La région des avant-bras correspondant aux muscles radiaux en est réellement criblée. Le groupement de ces lésions et cicatrices est plutôt syphiloïde qu'acnoïde.

Actuellement, c'est à partir de la moitié inférieure que l'on voit des papules récentes, jeunes, soit rouges, soit squameuses.

Le dos de la main gauche, les faces dorsales des doigts (première phalange) en sont couverts. Il n'y en a au contraire aucune, à partir des phalanges. Chose tout à fait remarquable, il n'y en a aucune ni à la paume des mains ni à la plante des pieds. Elles cessent sur le bord cubital de la face dorsale presque linéairement et au niveau des follicules pilo-sébacés.

Il n'y a rien au niveau des aisselles, pas plus qu'aux régions pileuses.

Description d'une de ces lésions jeune et récente prise comme type. —

Au début, simple tache rouge de la largeur d'un grain de millet, puis le centre blanchit. Ce centre blanc s'élargit ensuite aux dépens de la zone rouge qui diminue. La zone blanche s'élargit sans que la totalité de la lésion augmente de dimensions.

A ce moment encore la lésion est dure, indolente (sorte de petit plomb). Ce centre qui blanchit ainsi n'est pas formé autour d'un poil ; on ne voit même aucune de ces lésions qui présente un poil à son centre. La lésion n'est nullement acuminée à la manière des vésicules, elle reste aplatie comme une papule.

De blanc, le centre devient jaune : la sérosité est devenue purulente. Les dimensions de la lésion augmentent alors un peu ; la zone rouge s'élargit ; elle est d'un rouge vif, animé, inflammatoire. Elle est un peu douloureuse ; elle n'a pas de bords bien tranchés ; elle finit « en mourant ».

Puis le centre se recouvre d'une petite croûte jaunâtre. Un petit pertuis infinitésimal a dû évidemment se produire et laisser sourdre une minuscule gouttelette de sérosité purulente ; de là cette squame mince et jaunâtre. Le malade dit en effet qu'il sort « de l'eau ».

Si on arrache cette squame, on trouve comme un petit trou dont cette mince croûte forme le couvercle. Ce petit trou est la petite loge dont nous avons parlé ; elle contient encore un peu de sérosité crémeuse, jaunâtre. Si on l'enlève, il reste la loge vide ; jamais on ne trouve de bourbillon vrai. Une fois la poche vidée, la guérison est rapide, dit le malade. Après

la croûte enlevée et la poche vidée, il se reproduit presque aussitôt une nouvelle gouttelette de sérosité (« eau blanche ») limpide. Le liquide se reproduit, dit le malade, pendant plusieurs heures ; mais, avons-nous dit, dès qu'une poche est vidée elle guérit vite : en effet, dès le lendemain elle est sèche, et quelques jours après, il ne reste plus que la cicatrice pigmentée.

Chaque élément a une évolution totale d'un mois environ, au dire du malade.

Les deux côtés du corps sont intéressés par des lésions de même nature, mais le gauche plus que le droit ; il n'y a d'ailleurs rien de symétrique dans la disposition des folliculites, rien qui rappelle un trouble trophique, une lésion développée à l'occasion d'un trouble nerveux ou le long d'un trajet nerveux.

Le coude, dit le malade, a déjà été guéri 3 fois. Puis il se reforme des boutons à sa surface dans l'intervalle des cicatrices anciennes. Actuellement il y en a une vingtaine en activité ; depuis 3 mois il n'y en avait pas eu dans cette région.

Depuis 4 ans 1/2 que le malade est atteint de cette affection, il n'a jamais été 8 jours sans avoir quelque folliculite. Mais la première poussée a été de beaucoup la plus abondante.

La première fois, les deux membres supérieurs seulement étaient atteints ; à cette époque il a été soigné pendant 6 jours dans le service de M. Guibout. Il avait en même temps beaucoup de fièvre et des douleurs articulaires. Il alla mieux rapidement et continua son traitement au dehors par des bains de vapeur et du bicarbonate de soude alternant avec l'arséniate de soude.

Depuis cette époque, il n'a plus eu jamais de fièvre, mais nous avons vu qu'il n'a pas cessé d'avoir des boutons.

Il n'y a de ganglions nulle part et les viscères sont tous sains.

OBS. II (résumée). — *Folliculis*. — Extraite du mémoire de M. BARTHÉLEMY, *De l'acnitis*, 1891. Recueillie dans le service de M. BESNIER, par M. SAINT-GERMAIN, interne du service. Moulage n° 1508 du musée de l'hôpital Saint-Louis.

X... entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, lit n° 18, le 25 avril 1890.

Ce qui amène la malade à l'hôpital, c'est une éruption non généralisée, mais constituée par des groupes d'éléments, les uns en pleine activité, les autres à l'état de cicatrices ; ces derniers sont de beaucoup les plus nombreux. Ces groupes occupent de chaque côté du corps des points assez exactement symétriques.

L'étude de la face révèle tout d'abord un groupe occupant la région malariale de la joue gauche, et constitué par des lésions de différents âges et partant de différents aspects. Ce sont, en premier lieu, de petites nodosités miliaires sans modifications de la peau ; puis des élevures un peu plus

considérables, rouges, couronnées d'une croûte jaunâtre ou brunâtre et entourées d'une collerette épidermique. Enfin des cicatrices régulièrement arrondies, déprimées, comme faites à l'emporte-pièce, les unes rougeâtres, les plus récentes ; les autres brunâtres, les plus anciennes. La joue droite porte seulement deux très petites dépressions cicatricielles récentes.

Les oreilles présentent des lésions très remarquables. Les éléments en pleine activité y sont rares ; c'est à peine si on en trouve deux ou trois sur chaque oreille ; mais, en revanche, le bord libre est occupé de l'un à l'autre côté, dans les deux tiers inférieurs, par des dépressions cicatricielles de forme allongée, à fond rougeâtre, et tellement profondes qu'au toucher il semble que le cartilage lui-même ait participé à la lésion.

A l'examen des membres supérieurs, nous voyons que le bras gauche ne présente aucun élément éruptif sur sa face interne. Sur la partie antéro-externe, au contraire, on trouve un groupe composé d'éléments en activité, c'est-à-dire de formations vésiculo-croûteuses, jaunâtres, entourées d'une aréole inflammatoire ; en second lieu, de quelques éléments plus avancés, constitués par une légère saillie couronnée d'une croûte brunâtre, non entourée d'un cercle inflammatoire, mais d'une collerette épidermique. En troisième lieu, de cicatrices peu profondes, les unes moyennes, les autres très petites, toutes plus ou moins brunâtres ; enfin, sur la face externe proprement dite du même bras, on aperçoit quelques taches brunâtres sans dépression apparente. Il est à remarquer que cette région porte de nombreuses saillies kératosiques.

Sur la partie externe du coude gauche, on trouve un groupe constitué par quatre éléments, relativement récents, possédant encore leur croûte au fond d'une dépression entourée d'une aréole saillante d'un rouge virant au brun ; deux d'entre eux ont déjà perdu leur croûte centrale.

Le groupe du coude gauche possède, en outre, une dizaine de dépressions cicatricielles peu profondes, à fond blanchâtre et à aréole brunâtre. Sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, à quatre travers de doigt du poignet, on trouve deux éléments, l'un récent (croûte, cercle inflammatoire, collerette épidermique), l'autre ancien, cicatriciel (dépression à fond blanchâtre, à aréole pigmentée).

Au-dessus de ces deux éléments, on trouve une croûte grosse comme une tête d'épingle et entourée d'une minuscule collerette.

Sur le bord radial du poignet gauche, on aperçoit deux ou trois taches brunâtres, non déprimées.

La main présente dans ses lésions d'intéressantes particularités. C'est ainsi que, sur son bord cubital, on trouve trois nodosités, dont deux, très rapprochées l'une de l'autre, sont presque confondues. La peau est légèrement brunâtre. Au palper on a la sensation de tumeurs pas très bien limitées, profondes, quoique la peau glisse mal à leur surface. La pression est très peu douloureuse.

Au-dessus de ces trois nodosités, on voit une cicatrice brunâtre peu déprimée.

Immédiatement au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire, on trouve d'abord une cicatrice brunâtre, à la surface de laquelle l'épiderme desquame légèrement, puis, s'étant formée tout à côté d'elle, presque sous elle, une nodosité analogue à celle que nous avons signalée plus haut, mais au niveau de laquelle la peau est amincie et rouge. Elle paraît d'ailleurs plus superficielle que les précédentes et semble plus qu'elles faire corps avec la peau. Sur la même main il existe des lésions de même nature au niveau de l'articulation phalango-phalangienne du petit doigt où l'on trouve une nodosité très peu sensible, au-dessous de la même articulation du médus, où l'on rencontre une tumeur du volume d'un pois, à surface rouge ; enfin, à la partie externe de l'articulation phalangienne du pouce, où l'on remarque une saillie, peu volumineuse, mais très douloureuse à la pression.

On n'observe rien dans la paume de la main, qu'une transpiration continue et abondante.

Sur la face externe du bras, on trouve deux cicatrices très peu pigmentées et très peu profondes. Au-dessus du coude droit, à deux travers de doigt de la saillie olécraniennne, on observe un tout petit groupe composé d'un élément tout récent, élevation à centre vésiculeux jaunâtre, à aréole inflammatoire, d'un autre élément un peu plus âgé, possédant une croûte centrale brunâtre et une collerette, enfin de cicatrices peu nombreuses, très peu pigmentées et très peu déprimées. On trouve également dans ce groupe un petit nævus pigmentaire ; notons, en passant, que la malade porte un très grand nombre de nævi de ce genre, disséminés dans toutes les régions. A la partie inférieure de l'avant-bras droit, on trouve un groupe occupant en partie le bord cubital et longeant en partie la face dorsale du poignet, suivant l'interligne articulaire. Ce groupe, comme tous ceux que nous avons déjà étudiés, possède des éléments à tous les âges.

A trois travers de doigt au-dessus de la tête du radius, on remarque un groupe de lésions papulo-vésiculeuses tout à fait à leur début. Un peu plus bas, des éléments plus avancés, munis d'un bourrelet périphérique d'un rouge brunâtre, circonscrivant un centre déprimé occupé par une croûte.

Il est à noter qu'en cette région les éléments, tout en conservant la physionomie que nous avons déjà observée, sont plus volumineux, plus saillants, plus ombiliqués ; les cicatrices sont plus larges, plus profondes, leur aréole plus pigmentée.

La main droite porte une cicatrice indurée, croûteuse, presque verruqueuse, sur la face dorsale de la phalangine de l'index. Une cicatrice analogue existe au niveau de la face dorsale de l'articulation phalango-phalangienne de l'annulaire. Enfin, sur le bord cubital de la main, on trouve trois nodosités difficiles à bien délimiter, peu saillantes, paraissant très profondes et non douloureuses à la pression.

Outre les lésions déjà étudiées, on trouve encore deux groupes importants, l'un occupant le sein gauche, et l'autre la fesse du même côté.

Le premier siège à la partie supérieure du sein gauche, à trois travers de doigt au-dessus de l'aréole mamelonnaire ; il est constitué par des éléments affectant surtout le type de cicatrices déprimées ayant perdu leur croûte centrale et entourées d'une aréole violacée. Deux ou trois éléments seulement sont en pleine activité. Au-dessus de ce petit groupe, entre lui et l'aréole, existe une plaque d'un rouge foncé constituée lorsqu'on la regarde de très près de fines télangiectasies. Au même endroit sur le sein du côté opposé on trouve une plaque semblable, mais moins foncée.

Le groupe de la fesse est le plus étendu qu'on trouve chez la malade ; c'est un large placard qui ne mesure pas moins de 10 centimètres de haut sur 15 de large. Il est entièrement constitué par des cicatrices nettement arrondies, plus volumineuses que celles que nous avons étudiées jusqu'à présent ; à centre déprimé, plissé, blanchâtre ou du moins très faiblement coloré, à aréole très pigmentée dont la coloration très foncée sur le bord de la cupule centrale va s'atténuant vers la périphérie.

Pour le moment, dans cette région, pas d'éléments en activité.

Pour terminer cette description, ajoutons qu'on trouve encore une cicatrice très brune, peu déprimée, juste au-dessous de la rotule gauche et une autre cicatrice légèrement déprimée, peu pigmentée à la face interne de la jambe gauche, à quatre travers de doigt environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Il y a 6 ans, X... a commencé à ressentir des douleurs dans les bras et dans les jambes. Depuis lors, elle a toujours eu, avec des périodes de rémissions plus ou moins longues, des sensations douloureuses dans les membres. Depuis trois mois surtout, les douleurs n'ont pas cessé. Parfois, ces phénomènes douloureux sont assez accentués pour nécessiter le séjour au lit, les membres étant pour ainsi dire paralysés. Elle présenterait aussi par moments un œdème assez considérable des membres inférieurs. Il y a 6 ans, elle a cessé de voir ses règles pendant 6 mois ; puis la menstruation s'est rétablie ; mais jamais depuis, cette fonction ne s'est chez elle régulièrement accomplie. Elle ne présente pas de nervosisme bien accentué. Rien à noter dans l'examen des réflexes et de la sensibilité.

Il y a 3 ans, l'éruption a débuté par l'oreille gauche ; puis, ont fait leur apparition les éléments du genou et de la face interne de la jambe gauche ; ensuite les lésions ont apparu sur le bras gauche, puis sur le coude gauche. Enfin l'oreille droite et le membre supérieur droit ont été envahis. Le groupe de la fesse aurait débuté, il y a un an, après une chute sur cette région. Les éléments de la joue gauche ne datent que de trois ou quatre mois.

Les lésions les plus récentes se trouvent au niveau du poignet droit et du bord cubital de la main gauche.

Voici comment les choses se passent quand une poussée se produit. Le 4 juin, par exemple, la malade éprouve de la douleur au niveau du bord cubital de l'avant-bras droit ; bientôt, il se produit au niveau du point

douloureux de la rougeur, du gonflement, et les éléments nouveaux apparaissent, formant un groupe à côté de celui que nous avons signalé déjà à la partie inférieure du bras droit. Les cataplasmes sont appliqués pour calmer la douleur et l'inflammation locale. L'évolution des éléments est, par ce fait, activée et ientôt de bleur centre s'échappe une rondelle macérée, grisâtre, qui laisse à nu cette cicatrice profonde que nous avons déjà signalée.

OBS. III. — *Hydrosadénite*. — POLITZER, *Hydrosadénite destructive suppurante*, *Journal of Cutaneous and genito-uninary diseases*, n° 1, janvier 1892, p. 9. — (Résumée par L. JACQUET.)

Il s'agit d'une affection cutanée datant de 4 mois, apparue sans cause appréciable, et s'étant à peine modifiée depuis son début. C'est un homme bien portant, sans aucun antécédent héréditaire, sujet à des attaques nerveuses de nature hystérique; n'ayant jamais eu aucune affection cutanée.

Le malade, âgé de 20 ans, présente une éruption occupant la face et le cou, et dont les éléments se présentent aux différentes phases de leur développement. Ce sont : 1° de petites nodosités saillantes, du volume d'un pois, rougeâtres avec le centre plus ou moins coloré en jaune, comme si elles contenaient du pus; sur d'autres, la couche cornée est fendillée, et l'épiderme se desquame en couches concentriques.

2° De petites croûtes décolorées au centre des points où ont existé des nodules.

3° Des cicatrices arrondies, légèrement déprimées, décolorées par places et atteignant un centimètre de diamètre.

On peut également reconnaître qu'il existe dans la partie profonde du derme ou dans la couche sous-cutanée de semblables nodosités roulant librement sous le doigt, indolores et ne donnant lieu à aucun phénomène.

Une observation de plusieurs semaines montra l'évolution complète de ces lésions. C'est au début un nodule sous-cutané occupant la profondeur du derme, dont la superficie ne présente aucune altération; en quinze jours environ, ce nodule atteint le volume d'un pois, et forme une saillie à la surface de la peau, qui rougit, devient un peu douloureuse, puis peu à peu se fendille, envahie alors dans toute son épaisseur. A ce moment, l'incision laisse sortir quelques gouttes de pus, et l'affection rétrograde. Abandonnée à elle-même, cette petite tumeur ne tarde pas à s'ouvrir spontanément, et le pus peut former, en se desséchant, une croûte très adhérente, qui se détache spontanément au bout de quelques jours, la peau restant à ce niveau d'un rouge plus ou moins foncé, avec une légère dépression qui persiste. Cette évolution est complète en 4 semaines environ. Dans quelques points, plusieurs de ces nodules voisins s'unissent les uns aux autres formant une tumeur beaucoup plus volumineuse. Parfois les nodules profonds s'arrêtent dans leur développement sans aller jusqu'à la suppuration, et peuvent persister ainsi très longtemps.

Chez ce malade, le plus grand nombre de ces tumeurs occupe la partie supérieure du cou, au-dessous du menton, et de chaque côté, au niveau de la branche horizontale de la mâchoire. Toute cette région est recouverte de poils abondants, mais n'ayant aucune relation avec ces petites tumeurs. Ils repoussent aussi nombreux dans les points où existent des cicatrices.

Cette éruption se fait par poussées d'une douzaine environ à des intervalles variables, et après 4 ou 5 mois, l'affection semble avoir atteint son maximum d'intensité. Depuis, les poussées sont moins abondantes et se font à de plus larges intervalles.

A aucun moment il n'a existé d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Pas d'élévations de la température. Aucun élément anormal dans l'urine.

OBS. IV. — *Hydrosadénite suppurative disséminée*,
par M. WILLIAM DUBREUILH.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, chez qui l'affection a débuté à l'âge de 7 ans, et a toujours persisté depuis. Les premières lésions ont apparu aux mains et aux pieds, elles se sont, depuis, graduellement généralisées, et, depuis 2 ans, la face est atteinte à son tour. La lésion éruptive considérée isolément débute par un petit nodule profond de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de mil, qui est peu ou pas visible, mais dont on reconnaît la présence à la palpation. Ce nodule est profondément intra-dermique, il n'est pas mobile sous la peau, mais on sent qu'il est situé dans la partie profonde du derme.

Peu à peu ce nodule grossit, atteint la surface et y produit une papule rouge, saillante, siégeant sur une induration profonde. Au bout d'une quinzaine de jours, le nodule est devenu douloureux et a donné naissance à une pustule profondément enchâssée dans le derme, ou plutôt à un petit abcès ; celui-ci s'ouvre à l'extérieur, forme une croûte et guérit en laissant une cicatrice arrondie dont le diamètre varie de 2 millimètres (mains) à 1 centimètre (coudes, genoux). L'évolution totale a duré environ un mois.

L'éruption ne se fait pas par poussées, elle est continue ; tous les jours surviennent de nouvelles lésions qui évoluent chacune pour son compte. L'éruption est plus abondante au printemps et à la période menstruelle, mais jamais elle ne s'est complètement arrêtée.

Les lésions ne sont jamais groupées ; elles apparaissent isolément, et si, par places, les cicatrices sont confluentes, la confluence est successive et non simultanée. Elles siègent un peu partout avec certains points de prédilection. On en trouve à la face où elles ressemblent beaucoup à des pustules et à des cicatrices d'acné, aux oreilles qui sont comme rongées sur leur bord libre ; il en est de même sur le dos où les lésions assez nombreuses ne sauraient être nettement distinguées de l'acné. Quelques cicatrices sont disséminées entre les seins et au-dessous, sur la surface du sein droit ;

dans la région lombaire elles sont assez nombreuses, mais il y a longtemps qu'il n'y a pas eu de lésion nouvelle sur le tronc, de sorte que les cicatrices sont toutes blanches. Aux membres supérieurs l'éruption est surtout abondante aux mains et aux doigts (face palmaire et dorsale) et aux coudes ; l'avant-bras, surtout en arrière et sur les bords, présente un grand nombre de lésions ; les plis du coude et les bras sont à peu près complètement respectés.

Sur les membres inférieurs, l'éruption est surtout abondante aux fesses et aux genoux qui sont criblés de cicatrices larges et parfois confluentes, à la face externe des cuisses, sur les jambes, elles deviennent très abondantes sur la face dorsale des pieds.

La malade se présente à nous en pleine éruption. On trouve partout un grand nombre de lésions à tous les stades de leur évolution, depuis le nodule qu'on ne sent qu'à la palpation jusqu'à la croûte près de tomber en laissant une cicatrice. Dans tous les points de prédominance, la peau est criblée de cicatrices, ce qui est surtout frappant aux mains qui sont un peu rouges, et dont la face palmaire est comme marbrée à cause du grand nombre de cicatrices blanches qui la couvrent.

Obs. V (résumée). — *Hydrosadénite suppurative disséminée*,
par M. W. DUBREUILH.

Mlle X..., 20 ans.

L'éruption qu'elle présente est formée de lésions disséminées du volume d'un grain de mil et de cicatrices punctiformes. Elle occupe toute l'étendue de la face dorsale des avant-bras, les coudes et même un peu la face dorsale des bras, la partie inférieure de la face antérieure des avant-bras jusqu'aux poignets ; la face dorsale des mains.

Dans toutes ces parties elle est très abondante et particulièrement au niveau des coudes et à la partie inférieure des avant-bras, mais sans présenter nulle part aucune tendance au groupement. Sur les mains, il n'y a pas de lésions à la face palmaire, mais la malade affirme qu'il y en a eu quelquefois, et actuellement on en trouve quelques-unes sur les faces latérales des doigts et sur les bords des mains, en des points où l'épiderme a déjà acquis la structure de l'épiderme palmaire, et où il n'y a par conséquent aucune trace de poils. Si la face dorsale des mains présente des lésions nombreuses, les doigts sont presque indemnes.

Sur les parties latérales du cou et à la face sont quelques rares lésions disséminées.

Aux membres inférieurs, l'éruption occupe la face dorsale des pieds, tout le tour des jambes, la partie antérieure des genoux, en remontant un peu à la face antérieure des cuisses, où les lésions deviennent plus clairsemées. Elles sont particulièrement abondantes et volumineuses aux genoux.

La malade affirme n'avoir pas de lésions ailleurs, notamment pas aux fesses.

L'élément éruptif est constitué, au début, par un nodule intra-dermique, du volume d'une tête d'épingle, dur et indolent, faisant une très faible saillie. Au bout de quelques jours, il devient plus saillant, et on distingue au sommet un point clair qui se transforme en une petite croûte enchâssée, du volume d'une tête d'épingle, siégeant sur une papule infiltrée de la grosseur d'un grain de mil, de couleur rouge pâle. Je n'ai pu constater dans les papules la présence d'aucun liquide, pus ou sérosité, le point clair était toujours, d'emblée, constitué par une croûte sèche. Dans quelques lésions, cependant, les phénomènes inflammatoires sont plus accusés. La papule est plus large, rouge vif, entourée d'une aréole rouge, la croûte est plus large et soulevée par un peu de pus. En général, quand on arrache la croûte, on trouve au-dessous une petite ulcération profondément creusée, à surface humide et finement granuleuse. Quand la croûte tombe, au bout de 10 à 15 jours, elle laisse une petite cicatrice.

Les cicatrices qu'on voit, en très grand nombre, mêlées aux lésions en évolution sont blanches, légèrement déprimées, rondes et ont 1 à 2 millimètres de diamètre. Ce n'est guère qu'aux genoux qu'on en trouve d'un peu plus grandes. Du reste les lésions en évolution actuellement sont presque aussi nombreuses que les cicatrices.

A aucun moment elles ne sont douloureuses, même à la palpation, il n'y a, non plus, aucune démangeaison.

L'éruption est continue, c'est-à-dire qu'il se produit constamment de nouvelles lésions, d'une façon isolée et disséminée. Il ne se fait pas de poussées éruptives, et c'est à peine si la malade remarque un peu d'aggravation à l'époque menstruelle.

La maladie a débuté au mois de juillet 1890, par les coudes, elle a persisté depuis, en s'aggravant lentement et en s'étendant. Elle a disparu presque complètement pendant l'hiver dernier (1891-1892), mais a récidivé depuis deux mois, avec plus d'intensité qu'auparavant.

OBS. VI. — *Folliclis*. — BARTHÉLEMY.

Il s'agit d'un pharmacien âgé de 36 ans, qui m'a été adressé par M. le Dr Besnier, avec prière de bien étudier les lésions des oreilles, du dos, des mains, des poignets, etc.

Il est bien digne d'attention, en effet, que cette éruption n'ait jamais existé un instant depuis dix ans à la paume des mains. Elle ne s'est jamais montrée qu'aux régions dorsales des mains et des doigts, ayant pour limites très nettement tranchées les faces latérales.

D'ailleurs, l'éruption date de 1883, époque à laquelle elle se fit tout d'un coup, généralisée, sans que le patient ait encore eu alors de rhumatisme, ou absorbé aucun médicament. Le sujet n'avait antérieurement ni acné, ni eczéma, ni furoncle, ni herpès, ni ecthyma ; il n'est et n'a jamais été ni alcoolique, ni fumeur. Mais son estomac est délicat, et donne lieu souvent à des renvois, à des acidités, du pyrosis, etc...

Pas de sable dans les urines, pas de constipation ni de diarrhée ; pas de dilatation d'estomac. Pas de nervosisme. Bon sommeil. Jamais de syphilis. Pas de catarrhe urétral. Il ne prend jamais ni d'eaux suspectes, ni de viandes faisandées, ni marée, ni coquillages ; il se perd en conjectures sur la cause de son éruption. Il n'est ni scrofuleux, ni lymphatique.

En quoi consiste donc cette affection cutanée ? En des poussées incessantes depuis 10 ans, se produisant sans groupements sur tout le corps, mais surtout sur les membres, poussées de pustules ou de folliculites, suivies de cicatrices déprimées, presque ombiliquées.

Le début s'est fait par les jambes et les cuisses, les avant-bras, puis par les pieds.

C'est dans la 2^e année, c'est-à-dire en 1885, que l'éruption a été le plus intense, au moment où le patient traitait des rhumatismes par les bains de vapeur.

Les poussées sont presque continues, mais très peu abondantes en temps ordinaire ; il n'y a qu'en été et par les grandes chaleurs qu'elles s'exaspèrent ; à partir du mois d'octobre, elles vont en diminuant ; elles sont à peu près nulles en hiver et au printemps. Cette année 1893, quand les froids ont cessé ; à la fin de février, il ne parut plus que 2 ou 3 éléments éruptifs sur le dos des mains, un à droite, 2 à gauche ; le 7 mars j'en vois encore la trace toute récente, bien que l'évolution en soit tout à fait terminée.

Il n'y en a presque pas au tronc, 3 ou 4 en tout depuis plusieurs années ; et pourtant les avant-bras et les jambes sont littéralement criblés de cicatrices.

C'est d'abord un point rouge, puis une petite papule dont le centre se creuse en vésicule, laquelle blanchit au sommet ; on sent très bien alors dans le derme une petite nodosité qui est remplie de pus. Tout cela s'est fait avec une douleur insignifiante ; puis « ça perce » ; très peu de pus s'écoule, la plus grande partie se transformant in situ en croûte qui tombe après 5 ou 6 jours. Il reste une cicatrice d'abord rouge, puis pigmentée, enfin toute blanche.

La tête (cuir chevelu et face) a toujours été épargnée jusqu'ici, il en est de même du cou, de la nuque, des lèvres, des joues, gencives et cavité buccale.

Les oreilles présentent 5 ou 6 pustulettes et quelques autres plus anciennes, déjà sèches. Il faut noter que les oreilles sont atteintes tous les ans, même dans les années peu froides, d'engelures ; au mois de mars, au moment de mon examen, il y en a encore. Outre les troubles trophiques (rougeur, puis atrophie de la peau) on constate que le bord libre du pavillon est déchiqueté par les cicatrices et les pertes de substance comme il eût pu l'être par un lupus, par exemple : toutes les lésions se sont produites sur le bord libre et à l'extrémité supérieure des pavillons ; aucune n'existe ou n'a existé aux lobules.

Sur le tronc la peau est séborrhéique, grasse ; sur les épaules on re-

marque quelques pustulettes d'acné mêlées à de petites cicatrices blanches non déprimées, bien différentes de celles qui relèvent du processus folliculaire.

Les cuisses et les jambes sont criblées de cicatrices, brunes ou encore violacées ; à la partie interne on en trouve peut-être un peu moins qu'ailleurs. A la racine des fesses, tout cesse ; à peine en est-il deux ou trois au pubis ; à peine y a-t-il de la gêne pour le bandage herniaire.

Les avant-bras, aux faces internes surtout, sont criblés de cicatrices. Celles-ci, à partir des coudes, deviennent rares ; à partir du tiers supérieur des bras, il n'y en a plus.

Les cicatrices récentes sont rouges ; celles qui le sont moins sont violacées ; les autres sont brunes ; enfin les plus anciennes sont toutes blanches.

Toutes sont arrondies, les unes de la dimension d'un grain de mil, les autres d'une lentille ; les plus larges atteignent les dimensions d'une moitié de pois. Les petites n'ont rien de spécial ; les moyennes et les larges sont déprimées, comme faites à l'emporte-pièce, et portant au centre une petite dépression comme s'il se fût agi d'une ombilication variolique.

Obs. VII (résumée). — Extraite du mémoire de MM. TENNESON, LEREDDE MARTINET. *Sur un granulome innominé*, 1896.

Léon F..., âgé de 17 ans, expéditionnaire, entré le 4 mars 1896, salle Cazenave, n° 24, service de M. Tenneson.

I. *Antécédents héréditaires*. — a) Du côté des ascendants rien de bien net à signaler ; le père est solide, bien portant, sans tare connue, du malade au moins ; la mère est petite, chétive, mais d'une santé en somme satisfaisante.

b) Pour les collatéraux, on note chez le frère, âgé de 12 ans, une santé chancelante, des convulsions dans l'enfance, des amygdalites à répétition ; la sœur, âgée de 14 ans, est robuste, vigoureuse.

En résumé, sauf du côté du frère qui semble un lymphatique, l'examen est négatif.

Antécédents personnels. — En revanche le malade a un passé pathologique déjà chargé.

Etant tout jeune, il dit avoir eu de l'eczéma impétigineux de la face, de l'impétigo du cuir chevelu, et « beaucoup de maladies d'enfance », rougeole..., etc..., sans pouvoir autrement préciser.

Depuis il a souffert d'otites suppurantes, d'amygdalites fréquentes à répétition avec hypertrophie qui ont nécessité l'amygdalotomie il y a 3 ans.

Il y a deux ans il a eu une nouvelle poussée d'eczéma avec séborrhée du cuir chevelu.

Enfin il a été opéré pour une déviation de la cloison nasale, il lui reste d'ailleurs une perforation consécutive à cette intervention.

En somme, c'est un scrofuleux au sens ancien du mot, et à celui où

l'emploie encore M. le professeur Dieulafoy. C'est un lymphatique en tous cas.

De plus, l'examen du malade à ce point de vue confirme cette impression, car on constate l'existence de quelques troubles d'évolution (asymétrie crânienne légère, oreilles grosses et écartées, *scapulae alatae*, anomalies dentaires, exostose médio-palatine), et celle de végétations adénoïdes du nasopharynx forçant le malade à une respiration bruyante, la bouche ouverte, et contribuant avec la perforation nasale à donner à la voix un timbre nettement nasonné.

L'examen des autres appareils est négatif.

II. *Maladie actuelle.* — A. COMMÉMORATIF. — Il vient demander nos soins pour de petites tumeurs multiples des extrémités qui se sont développées dans les conditions suivantes :

a) L'hiver de 1894 à 1895, il a eu, dit-il, aux pieds, des engelures, qui ont duré tout l'hiver, à l'état de petites tumeurs, de « petites bosses », du volume d'un pois au printemps, laissant après elles quelques petites cicatrices blanchâtres, cornées, arrondies ou étalées qui se sont bien effacées depuis.

b) Au commencement de l'hiver dernier 1895-1896, vers le mois de décembre, certaines articulations des doigts se sont hypertrophiées, ensuite sont apparues graduellement sans fièvre, sans douleurs, sans prurit, sans rougeur, à plusieurs niveaux, de petits nodules comparables à ceux que nous allons décrire et dont beaucoup ont évolué vers la suppuration.

B. EXAMEN CLINIQUE. — 1^o *Physique.* — L'examen dénote l'existence aux membres supérieurs de petites tumeurs.

a) Siégeant aux mains, surtout aux doigts, en plus grand nombre à la face dorsale. Quelques-unes groupées au voisinage des articulations de la 1^{re} phalange avec la deuxième ;

b) En nombre variable 1, 2, 3, 4 pour chaque doigt ;

c) De forme arrondie ou ovoïde ;

d) Du volume d'un grain de millet à un petit pois ;

e) Situées dans le derme et l'hypoderme suivant leur âge, faisant corps par conséquent avec la peau dans laquelle elles sont enchâssées et qui ne peut glisser sur elles ;

f) De consistance dure, ferme, fibreuse ;

g) Elles sont à des périodes différentes de leur évolution.

α. Les nodules initiaux ne présentent aucune inflammation appréciable, la peau à leur niveau est normale, sans rougeur, sans pertuis, sans acuminations.

β. D'autres, plus avancés, présentent une rougeur légère, leur sommet légèrement jaune, ou blanc, leur donne l'apparence de folliculite pour les uns, de vésicule à paroi épaisse, à alvéole inflammatoire pour les autres.

δ. La peau enfin, ulcérée en certains points par l'ouverture des petits abcès nodulaires précédents, présente des cicatrices polymorphes, les unes blanchâtres avec pigmentation périphérique, la plupart dures, circulaires,

présentent un cratère central avec bords épaissis, indurés, cornés, analogues à des durillons.

On ne trouve pas aux pieds de tumeur en évolution, mais seulement quelques cicatrices blanchâtres, étoilées, anciennes, siégeant surtout à l'extrémité antérieure des orteils et qui sont peut-être de même nature que les précédents.

A la face on note seulement la présence de deux petits nodules au début, occupant le bord libre de chacune des oreilles.

Nous n'avons trouvé au tronc ni nodules, ni cicatrices.

2° *Fonctionnel*. — a) Le malade n'accuse ni douleur, ni prurit.

b) La sensibilité tactile et thermique paraît normale au niveau des tumeurs.

c) Mais les mains sont en général froides, légèrement bleuâtres, engourdis, le malade les réchauffe difficilement ; la circulation y est, en somme, paresseuse.

3° *Evolution*. — L'affection, dans son ensemble, est à son stade de régression.

Nous n'avons pas assisté à l'éclosion de nouveaux nodules.

Ceux à leur période initiale que nous avons pu suivre ont évolué de façons différentes. Les uns, en petit nombre (un ou deux), ont disparu par simple régression, par fonte graduelle. Les autres, en majorité, ont donné naissance ultérieurement à de petits abcès nodulaires contenant une gouttelette de pus, et qui, après ouverture, ont laissé de petites cicatrices cornées quelquefois cratériformes, en tout semblables à celles décrites plus haut.

Nous n'avons pas assisté à l'évolution complète d'une tumeur depuis son apparition dans le derme, jusqu'à la formation de la cicatrice, mais au dire du malade, cette évolution serait complète en un mois, à six semaines, à deux ou même trois mois.

Obs. VIII. — Extrait du mémoire de MM. TENNESON, LEREDDE et MARTINET,
Sur un granulome innominé, 1896.

Sara M..., 21 ans, employée de commerce, entrée le 5 décembre 1895, salle Gilbert, n° 15, service de M. Tenneson.

I. *Antécédents*. — Rien de précis sur les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels :

Séborrhée du cuir chevelu et blépharite double remontant à une époque indéterminée.

Il y a 3 ans, eczéma de la face, des oreilles et des membres.

Au mois de juin 1895, nouvelle poussée d'eczéma sur la face et sur les oreilles. L'eczéma persiste lors de l'entrée ; il est animé, suintant ; la guérison a été lente, comme cela a toujours lieu chez les sujets lymphatiques.

II. *Examen général*. — Bouffissure et cyanose des extrémités.

Embonpoint. Apathie musculaire et intellectuelle.

Les autres manifestations classiques de la strume font défaut.

L'examen des viscères et celui de l'urine donnent des résultats négatifs.

III. *Examen dermatologique.* — Les nodules ont débuté avec l'eczéma au mois de juin 1895.

Ils naissent isolément à une, deux ou trois semaines d'intervalle, sans réaction, sans douleur.

L'évolution de chacun dure un mois environ.

Les premiers ont apparu sur les genoux. Aujourd'hui ils sont disséminés en petit nombre sur toutes les régions, mais plus nombreux qu'ailleurs sur la face dorsale des mains et sur leurs bords.

Nous avons pu suivre quelques-uns de ces nodules depuis leur naissance jusqu'à leur terminaison.

Au début : tumeur dure, sphérique ou ellipsoïdale bien limitée, ayant au plus le volume d'un petit pois. Elle occupe le derme, fait une saillie légère et se déplace avec la peau. Celle-ci ne présente aucune modification apparente, ni rougeur, ni desquamation, ni ombilic central.

Douleur spontanée nulle, douleur à la pression nulle ou à peu près nulle. Un certain nombre de nodules disparaissent spontanément sans laisser de traces, sans avoir présenté d'ombilic à aucune période.

D'autres se ramollissent au centre et s'abcèdent. La petite tumeur toujours dure est alors plus saillante, cylindro-conique, de couleur rouge-sombre ; elle est creusée d'une cavité centrale dont on fait sourdre une goutte de pus par la pression. L'ouverture de cette cavité forme ombilic au sommet du nodule, et peut être bouchée par une croûte. (L'idée d'une folliculite se présente alors naturellement à l'esprit.) Puis la tumeur s'affaisse, la suppuration se tarit, il reste une petite cicatrice étoilée, bordée d'une auréole hémato-pigmentaire. Celle-ci disparaît avec le temps, mais la petite cicatrice persiste ; et la peau est constellée de loin par des cicatrices semblables.

OBS. IX. — *Folliculitis scrofulosorum*, par M. DU CASTEL. Communication faite à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, le 9 avril 1896.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgée de 17 ans et demi, et est entrée dans le service le 18 mars dernier.

Elle n'a aucun renseignement précis sur ses antécédents de famille. Elle sait seulement qu'ils étaient 12 enfants et que 7 d'entre eux sont morts. Elle a encore 2 frères vivants et 2 sœurs bien portantes.

Elle a été réglée à 16 ans et demi.

Elle a eu la fièvre typhoïde à 12 ans. Il y a 6 mois elle a eu à la suite un érysipèle et une scarlatine.

C'est à 14 ans qu'ont débuté les adénopathies cervicales qu'elle présente.

A plusieurs reprises ces adénopathies ont suppuré et on a été obligé de les ouvrir au bistouri. Elle a eu également une adénopathie axillaire droite

qui s'est résolue spontanément ; à 14 ans 1/2 la malade vient à Paris où l'on se borne à inciser de temps à autre les abcès ganglionnaires.

On a prescrit également l'huile de foie de morue et l'iode. Mais ce traitement n'a jamais été suivi sérieusement.

Les adénopathies ont toujours persisté, donnant issue à du pus de temps à autre, se tarissant pendant quelque temps.

En août dernier a débuté l'éruption pour laquelle la malade est venue consulter. Cette éruption s'est constituée en trois ou quatre jours sur les jambes.

Les boutons étaient caractérisés, au dire de la malade, par de petits éléments rouges, quelques-uns surmontés d'un point blanc. A plusieurs reprises la malade a percé avec une petite épingle ces petites vésicules dont il s'est écoulé un liquide aqueux et purulent. Ces boutons perçaient spontanément dans le bain et étaient remplacés par une petite squame.

Actuellement, la malade présente des adénopathies dans les régions sous-axillaires et sous-mentales. Ces régions sont recouvertes de cicatrices chéloïdiennes, et de gommes tuberculeuses cutanées : à droite une fistule suppure en ce moment.

Aux membres supérieurs l'éruption occupe presque uniquement le côté de l'extension depuis le poignet jusqu'à l'épaule. A ce niveau on voit des taches arrondies, violacées et livides, traces évidentes de lésions éteintes ; des papules de la grosseur d'un grain de millet, quelques-unes sont surmontées d'une petite croûte. D'autres sont entourées d'une très fine collerette.

Ces éléments sont disséminés sur la face postéro-externe du membre inférieur, isolés ou en petits groupes. La peau qui les sépare présente une teinte légèrement livide due à ce que chaque follicule pileux est entouré d'une légère zone rougeâtre.

On voit également en certaines régions, principalement aux coudes, mêlées aux éléments rouges, de toutes petites cicatricules blanches, lisses, légèrement déprimées et qui répondent aux éléments guéris.

Il existe également quelques éléments aigus caractérisés par de plus grosses papules acuminées recouvertes quelques-unes d'une petite pustule.

Aux membres inférieurs l'éruption s'étend depuis les chevilles sur toute la jambe et la cuisse et sur les fesses.

L'éruption a le même aspect.

Rien sur le corps, ni sur la face.

(Observation recueillie par M. Jacobson, interne du service.)

OBS. X. — *Folliclis*. — HALLOPEAU et G. BUREAU.

La nommée Marie M..., cartouchière, âgée de 35 ans, entre le 22 octobre à l'hôpital St-Louis, salle Lugol, lit n° 23.

Pas d'antécédents héréditaires.

En 1885, M. Nicaise lui enleva un volumineux ganglion suppuré de

l'aisselle droite. Cette adénite s'était développée lentement et existait déjà depuis plus d'un an quand la malade se décida à se faire opérer, parce que cette tumeur était devenue douloureuse. Depuis un an environ, un nouveau ganglion est survenu dans l'aisselle gauche.

C'est au printemps de l'année 1893 qu'apparut pour la première fois l'affection qui amène la malade à l'hôpital. Il se développa d'abord sur la face dorsale des doigts, de petits boutons qui, primitivement durs, augmentaient de volume, supparaient à leur sommet, se recouvraient d'une croûte et se desséchaient finalement. Ils évoluaient par poussées successives, de nouveaux éléments se formant incessamment. Depuis cette époque, bien que beaucoup plus abondante au printemps qu'en hiver, cette éruption n'a jamais cessé de se produire au niveau des mains. Au printemps de l'année suivante (1894), il y eut une forte recrudescence de l'affection aux doigts, mais elle leur resta encore localisée.

En 1895, au printemps encore, troisième poussée ; mais cette fois, l'éruption s'étendait aux coudes à la partie postéro-supérieure des avant-bras, et à l'oreille gauche. Elle dura quatre mois environ, puis cessa complètement, sauf toujours au niveau des mains, laissant des cicatrices indélébiles. Enfin, cette année, vers le mois de mai, quatrième poussée, plus intense encore que les précédentes, puisque, en outre des sièges précédents, elle s'étendit aux membres inférieurs. Les lésions ont toujours été beaucoup plus accentuées du côté gauche que du côté droit.

Etat actuel. — Bien que d'apparence assez robuste, et disant ne pas tousser, cette femme présente cependant des signes manifestes d'induration du sommet droit. A ce niveau, surtout en arrière, la tonalité est plus élevée que du côté gauche, les vibrations sont augmentées, l'inspiration est diminuée, et l'expiration prolongée. Dans l'aisselle gauche, sous le bord externe du grand pectoral, on sent un ganglion du volume d'un œuf de pigeon ; ce ganglion est dur, mobile et non douloureux. Tous les autres organes paraissent sains.

Quant à l'éruption, au moment où nous voyons la malade, la poussée de cette année est déjà sur son déclin : néanmoins, il se développe encore quelques éléments nouveaux et on voit des nodules d'âges différents qui permettent parfaitement de suivre les différents stades de leur développement.

Description des éléments. — Les lésions débutent sous forme de petits nodules profonds, de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet. Ils sont durs, arrondis, intradermiques, se laissent mobiliser avec les téguments sur les plans profonds, ne sont pas douloureux spontanément ou à la pression et ne donnent aucune sensation spéciale à la malade.

Les éléments évoluent lentement ; à mesure qu'ils augmentent de volume, ils proéminent davantage sur les téguments. Ils offrent alors une forme arrondie ou légèrement acuminée et atteignent en général les dimensions d'une petite lentille. L'épiderme se soulève à leur sommet ; il se forme une petite vésicule contenant un peu de liquide limpide ; dès ce moment, on

aperçoit souvent au centre de l'élément un point plus foncé. Autour de la papule existe une légère zone inflammatoire, de couleur rose ou rouge, disparaissant sous la pression du doigt.

Plus tard, le liquide se trouble, devient franchement purulent, d'une belle couleur jaune, et le centre de l'élément s'ombilique ; la zone inflammatoire périphérique s'accroît, le nodule a, du reste, à ce moment, beaucoup augmenté de volume et atteint les dimensions d'un pois ; sa forme est arrondie ou légèrement ovale ; sa couleur varie du rouge clair au rouge foncé ; à son sommet se trouve la pustulette avec son ombilication centrale. Si, avec une aiguille, on perce la pustulette, on fait sourdre par pression une goutte de pus jaune, très épais ; et si, après avoir évacué ce pus, on enlève l'épiderme qui recouvrait la pustule, on met à nu une dépression cupuliforme, une petite cavité, une sorte de petit puits, pénétrant profondément dans le derme.

Si, au contraire, la lésion évolue spontanément, c'est-à-dire sans ouverture de la pustulette, il ne tarde pas à se former à la surface une petite croûte centrale, qui s'agrandit au fur et à mesure du dessèchement de la pustule et paraît comme formée de cercles concentriques.

Dès que se forme la croûte, le nodule commence à s'affaïsser, tout en persistant cependant encore sous forme de papule. La croûte est très adhérente au nodule desséché ; elle se laisse difficilement enlever avec l'ongle ; après l'avoir arrachée, on voit que sa face profonde en forme de cône pénètre dans la petite dépression dont nous avons parlé plus haut. A mesure que le nodule s'aplatit, sa zone périphérique inflammatoire diminue.

Enfin, en dernier terme, la croûte tombe, et, à sa place, on trouve une cicatrice de forme arrondie ou ovale, déprimée, à bords nets, taillés à pic comme par un emporte-pièce. Cette cicatrice varie, comme dimensions, d'un grain de millet à une lentille ; quelquefois elle est un peu plus étendue ; elle est pigmentée, de couleur rouge brun ; elle présente parfois une teinte cuivrée et est toujours entourée d'une auréole pigmentée. L'aspect de cette cicatrice rappelle un peu celui des cicatrices syphilitiques. Plus tard, la pigmentation s'atténue, jusqu'à disparaître complètement ; c'est ainsi que les cicatrices de l'année dernière sont aujourd'hui complètement blanches, sans pigment, mais toujours déprimées, et offrant souvent un petit point central plus foncé et plus excavé.

Chacun de ces éléments se développe assez lentement, et met environ d'un mois à un mois et demi à parcourir le cycle complet de son évolution. Ils évoluent par poussées successives, les uns étant complètement terminés, alors que d'autres apparaissent. Ils ne déterminent aucun phénomène subjectif chez la malade, ni douleur, ni prurit, ni cuisson ; au stade de pustulation seulement, ils sont légèrement douloureux à la pression.

Tous les éléments parcourent les différents stades que nous venons d'indiquer ; au dire de la malade, il n'arrive qu'extrêmement rarement que quelques-uns avortent avant la suppuration. Par contre, à la période de pustulation, si la pustule est ouverte accidentellement, il peut se faire à ce

niveau une infection secondaire et se produire de véritables petits abcès, comme il en existe actuellement un sur l'index gauche. Cette complication est très rare ; elle ne se serait produite que trois fois depuis le début de l'affection.

Répartition des lésions. — Elles sont disposées d'une façon presque absolument symétrique, localisées sur le côté extenseur des membres et principalement sur les membres supérieurs, le reste du corps et de la face en sont indemnes, les oreilles exceptées. Elles siègent surtout au niveau des articulations (coudes, genoux, poignets, articulations des phalanges). Elles sont beaucoup plus accusées du côté gauche que du côté droit.

Réunis par groupes, mais non agminés en placards, tous les éléments conservent leur individualité propre. Au niveau de ces groupes, on peut voir des nodules à toutes les périodes de leur évolution ; bien que ce qui domine actuellement, la poussée étant à son déclin, ce soient les nodules avec croûtes et les cicatrices.

Membres supérieurs. — *Membre supérieur gauche.* — Sur les faces externe et antérieure du bras existe une dizaine d'éléments isolés et disposés sans ordre. C'est cette année pour la première fois que l'éruption s'est développée sur le bras.

Ce sont surtout des cicatrices, quelques nodules cependant conservent encore leur croûte centrale.

Coude. — A ce niveau les éléments sont groupés à la face postérieure de l'articulation et au nombre de plusieurs centaines ; mais ils sont tous extrêmement avancés dans leur développement ; on n'en voit aucun au début ou à l'état de pustule ; quelques-uns forment encore des nodules rouges, acuminés, recouverts d'une croûte. Ce qui domine ici, ce sont les cicatrices : elles revêtent les caractères que nous avons indiqués précédemment la plupart sont encore pigmentées ; il existe cependant une quinzaine de cicatrices blanches, dépigmentées, vestiges de l'éruption de l'année précédente.

Avant-bras. — Au niveau du tiers supérieur de la face postéro-externe de l'avant-bras, on voit un autre groupe d'une cinquantaine d'éléments dont un assez grand nombre sous forme de cicatrices blanches avec point central foncé et plus déprimé. Sur le bord externe du poignet existe un autre groupe, moins important comme nombre, mais dont les éléments sont encore rouges, papuleux, et centrés par une croûte ; à ce niveau, on trouve même un élément tout à fait au début, de la grosseur d'un grain de millet, dur et enchâssé dans le derme.

Main. — Rien dans la paume de la main ; quelques éléments sur le bord cubital et notamment près de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire, un petit nodule tout à fait au début.

Doigts. — Sur le pouce, un nodule avec croûte au niveau de l'articulation des phalanges. L'index est le plus atteint des doigts ; il présente une teinte violette, livide ; les éléments sont très nombreux sur la face dorsale et son bord interne, ceux en activité siégeant surtout au niveau des arti-

culations, tandis que sur les phalanges on voit plutôt des cicatrices. Un élément pustuleux existe sur le bord de ce doigt, et sur sa phalangette, un autre, qui a été ouvert et infecté secondairement, forme un petit abcès.

Le médius présente surtout des lésions anciennes.

L'annulaire est beaucoup moins atteint.

L'auriculaire présente près de l'ongle un élément pustuleux.

Sur la face palmaire des doigts, il existe un seul élément au niveau du petit doigt.

Membre supérieur droit. — Les lésions beaucoup moins accentuées de ce côté présentent à peu près la même disposition ; les éléments du coude et de la partie supérieure du bras sont réunis en un seul groupe. Celui de l'extrémité inférieure de l'avant-bras ne comprend qu'une dizaine d'éléments dont une cicatrice ancienne.

Sur les doigts, les lésions sont surtout accusées au pourtour des articulations ; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, on voit des éléments anciens, entourés d'une colonne d'éléments nouveaux à l'état de nodules non suppurés.

Membres inférieurs. — Rien au niveau des cuisses.

Sur le genou gauche, les lésions sont groupées au-dessous de la rotule. Du côté droit les lésions sont réunies au-devant de la rotule ; un élément séparé se trouve à la partie supéro-interne de la rotule, elles sont toutes à la période des cicatrices pigmentées. A la partie postérieure de la jambe droite, on voit deux éléments isolés.

Pieds. — Sur le bord externe du pied gauche, deux petits nodules de la dimension d'un grain de millet et trois petites macules sur le côté interne du cou-de-pied ; sur la face interne du pied droit, quatre petits éléments à la période de vésicule avec auréole inflammatoire ; sur le bord externe, deux ou trois éléments anciens, et un élément à la face palmaire du quatrième orteil de ce pied.

Oreilles. — Sur l'hélix de l'oreille gauche existent deux cicatrices anciennes et sur l'anthélix six ou sept éléments récents. Deux petits nodules se trouvent également sur le bord de l'hélix de l'oreille droite.

Examen bactériologique. — Du pus de ces pustulettes ensemencé sur divers milieux, n'a donné lieu à aucune culture.

OBS. XI (résumée). — *Un cas de tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliclitis et d'une gomme tuberculeuse*, par J. DARIER.

B..., femme de 48 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux très chargés. Son mari, faible, toussant toujours, est mort à 52 ans d'une maladie longue avec pleurésie, sueurs nocturnes, amaigrissement, probablement tuberculeux. Elle-même, après une enfance chétive, avec gourmes et ganglions toujours engorgés, a été atteinte, à 22 ans, de rhumatisme articulaire aigu. Depuis 1877 elle a eu de nombreuses bronchites. En juin 1895

ont apparu des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs, surtout des genoux et des cous-de-pied, et dans celles des doigts ; les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées. C'est à cette époque, il y a 16 mois, qu'a également commencé l'éruption actuelle par des boutons durs, puis ulcérés, au bas de la jambe gauche, puis à l'autre pied, aux deux genoux, sur les poignets, les mains, enfin sur l'hypogastre et sur tout le tronc.

Actuellement on se trouve en présence d'une femme profondément affaiblie, amaigrie et cachectique. La plupart de ses jointures sont atteintes de rhumatisme chronique déformant. Les ganglions du cou, des aisselles, sont tuméfiés ; ceux des aines forment des paquets saillants de tumeurs dures et conglomérées. La malade tousse et crache peu ; cependant on trouve de la matité au sommet droit avec gargouillement et timbre caverneux de la voix et de la toux ; induration du sommet gauche.

Le tronc tout entier, à l'exception du haut de la poitrine en avant, mais surtout au niveau de l'hypogastre et des flancs, est couvert d'une éruption d'innombrables éléments qui, à première vue, ressemblent à de l'acné, ou mieux à des syphilides cunéiformes. Les éléments sont d'âges très différents, les uns sont des nodules intra-dermiques du volume d'une forte tête d'épingle, d'autres des papules ou papulo-vésicules miliaires d'un rose terne, quelques-unes de vraies pustulettes, ou des papulo-croûtes, ou enfin des macules pigmentaires. La peau en est constellée. Sur les membres l'éruption est un peu différente. Sur les deux genoux et sur le dos des pieds, sur les mains, les poignets et les avant-bras, se voient des éléments plus gros pour la plupart, commençant par des nodules sous-dermiques qui peuvent avorter ou se transforment en pustules, lesquelles, après évacuation, laissent une ulcération creuse, à bords violacés. Certains de ces éléments que nous avons encadrés pour les surveiller spécialement sont restés presque au même stade pendant 5 semaines. Tous sont absolument indolents.

Enfin, au bas de la jambe gauche, on voit une ulcération de la grandeur de l'ongle, entamant tout le derme, à bords déchiquetés et violacés, qui est la première des lésions cutanées ; elle a l'aspect d'une gomme tuberculeuse ulcérée.

Obs. XII (résumée).— *Tuberculides régionales du type folliclis*,
par J. DARIER.

V..., homme de 32 ans ; a eu un frère mort de méningite ; a été atteint à 15 ans d'une pleurésie qui a duré une année ; depuis lors tousse toujours et s'enrhume facilement. Au sommet gauche, respiration saccadée, expiration prolongée. Il y a 7 ans, a eu un chancre qui, quoique non traité, n'a été suivi d'aucun accident spécifique.

Depuis son enfance, il a eu chaque hiver des engelures aux mains ; ses extrémités sont habituellement cyanosées et algides. Depuis ces 5 derniè-

res années, il voit, au commencement de l'hiver sur la face dorsale des mains et des doigts, apparaître de petits nodules sous-dermiques, indolents, qui deviennent acuminés, ulcérant la peau et laissant écouler une gouttelette de pus. Il subsiste longtemps des taches qui disparaissent en été.

Cette année, l'éruption a débuté il y a deux mois par un nodule à la base de l'auriculaire gauche ; actuellement encore il y a en ce point une surface violacée, un peu indurée, surmontée d'une croûte ; le pourtour desquamé. Successivement il en a apparu une quinzaine d'autres qu'on retrouve sur les doigts et les mains sous forme de nodules intra-dermiques profonds ou de papules rosées ; quelques-unes présentent, au centre, un point purulent ou une ulcération putéiforme. Leur évolution est donc extrêmement lente et dure pour chacun plusieurs mois. Le malade présente en outre de la séborrhée du cuir chevelu et quelques taches d'eczéma séborrhéique sur le thorax et les bras.

Obs. XIII. — *Un cas de folliculitis*, par M. DANLOS.

Jeune fille de 14 ans, lymphatique, ayant présenté dans l'enfance des maux d'yeux et de l'engorgement des glandes cervicales, mais sans un signe de tuberculose. Une tante morte de la poitrine à 26 ans ; père et mère en parfaite santé. Début du mal il y a quelques mois, au commencement de septembre, peu après l'établissement des règles. L'affection occupe symétriquement les mains et les doigts qui sont hérissés (dos, paume, bords) de nodosités pisiformes indolores sauf à la pression. Mêmes lésions symétriques très atténuées aux oreilles (bords libres) et aux pieds, rien aux coudes et aux genoux. Début sous la peau inaltérée par de petits nodules adhérents à la face profonde du derme ; plus tard la nodosité se rapproche de la surface et la peau sus-jacente prend une teinte bleuâtre. A ce degré l'affection rappelle d'assez près l'érythème pernio dont elle se distingue, outre la nodosité originelle, par sa saillie plus grande, sa limitation plus nette et l'absence de cuisson prurigineuse sous l'influence de la chaleur. Quelques nodules arrivés à cet état, disparaissent par résorption sans laisser de traces ; sur le plus grand nombre, un point purulent se forme au sommet. Il est bientôt remplacé par une croûte qui recouvre une ulcération cratériforme. Le processus se termine par la formation d'une cicatrice déprimée, lisse, arrondie, entourée d'une auréole pigmentaire.

Avant la période de suppuration les nodosités sont dépourvues de tout orifice visible.

Obs. XIV. — HALLOPEAU et G. BUREAU.

Mme P..., 38 ans, vient à la consultation de l'hôpital St-Louis le 7 novembre 1896.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 60 ans, probablement de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — La malade a eu 3 enfants dont l'aîné est mort de méningite.

Elle a été atteinte il y a 3 ans, au devant de l'aisselle droite, d'un abcès que l'on a incisé et qui a duré 3 mois ; on en voit la cicatrice sur la face antérieure du grand pectoral.

Elle est atteinte aussi depuis 5 à 6 ans d'un eczéma de la lèvre supérieure qui est presque guéri actuellement.

C'est à la suite de grands chagrins qu'est survenue pour la première fois, il y a 8 ans, l'affection pour laquelle la malade vient consulter aujourd'hui. Tous les hivers, elle a des engelures, et même, parfois, ses mains sont tellement prises que la malade ne peut s'en servir. L'affection actuelle revient tous les hivers et commence en général dès les premiers froids.

Les mains sont froides et violacées. Il existe une asphyxie locale des extrémités. Sur les doigts, on voit des petits nodules ressemblant tout à fait à ceux que nous avons décrits chez d'autres malades.

A la main droite, c'est surtout l'index qui est atteint, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ; on y trouve de tous petits nodules intra-dermiques et, à côté, de gros nodules présentant, dans leur partie centrale, soit une croûte, soit une dépression cupuliforme par suite de l'ouverture de la pustulette. Sur les autres doigts, on voit les mêmes éléments aux différents âges.

Sur le petit doigt de la main gauche, se trouve un petit nodule avec vésicule au centre. La face dorsale du doigt présente de nombreuses cicatrices blanches, vestiges des anciens nodules.

A la face palmaire du médius on voit un nodule en pleine activité.

Beaucoup de ces éléments ne parcourraient pas tous les stades de leur évolution, mais avorteraient dès le début.

L'année dernière, la malade a eu une poussée des mêmes éléments sur les pieds ; actuellement, il n'y a qu'un seul nodule sur le petit orteil gauche.

L'examen du poumon révèle au sommet droit, surtout en avant, une respiration rude avec expiration prolongée.

Obs. XV. — Extraite du journal *Monatsefte f. prak. Dermatologie*, 1896.

Recueillie dans la clinique de Unna de Hambourg, par ADOLF SPIEGEL.

Malade âgé de 23 ans, originaire de la Russie du Nord. Les parents vivent encore, et, si l'on excepte un état nerveux du père, sont bien portants. Des 13 sœurs qu'a eues le malade, 7 sont vivantes et ont toutes des adénopathies cervicales. Un frère est dans le même cas, le malade lui-même présente ces adénopathies. Trois des sœurs du malade sont mortes quelque temps après leur naissance, l'une d'une affection inconnue, la seconde d'une scarlatine et d'une coqueluche, la troisième de méningite.

Le malade n'a jamais été bien portant. Tout jeune, il eut un écoulement d'oreilles, à 8 ans, eut un rhumatisme articulaire qui le tint au lit deux

ans. En 1890, le malade eut un chancre qui, d'après le médecin qui le soignait, fut un chancre mou. Il y a deux ans, pendant son service militaire, le malade, à cause de ses adénopathies fit une cure de petit lait. Il prit en outre pendant un an du mercure et de l'iode de potassium à fortes doses. Ces deux médicaments n'eurent aucune influence sur la marche de la maladie.

La maladie de peau pour laquelle il vient nous consulter existe depuis 5 ans. Elle s'est montrée d'abord aux oreilles, ensuite aux pieds, plus tard sur les bras, et enfin a envahi tout le corps. On sent sous la peau de petits nodules de la grosseur d'un grain de poivre, durs, non adhérents aux parties voisines. Ces nodules peuvent rester ainsi quelque temps avant que la peau qui les recouvre devienne rouge. Plus tard, le tégument rougit et les nodules deviennent plus superficiels. Alors apparaît au centre de ces nodules une petite vésicule blanc jaunâtre qui ne tarde pas à se dessécher. Par le grattage, le malade se fait mal et la peau s'enflamme. Enfin, après quelque temps, parfois au bout de 8 mois, la lésion est complètement sèche et on voit alors une croûte brun rougeâtre qui tombe par couches stratifiées et qui après sa chute laisse une cicatrice d'abord d'une couleur sombre, devenant blanche en un mois environ. Parfois, le processus que nous venons de décrire peut mettre un an à évoluer.

Etat actuel. — Le malade est de taille moyenne, d'un embonpoint normal. Les muqueuses sont un peu hyperhémisées, pas de cyanose, un léger œdème de la peau. Adénopathies supra-claviculaires, cervicales et sous-maxillaires. A l'auscultation, léger affaiblissement du murmure respiratoire au sommet droit, dans le reste du poumon, gros râles secs.

Cœur. — La pointe du cœur bat au milieu de l'espace qui sépare le sternum du mamelon. Le ventricule droit est légèrement hypertrophié. Bruits normaux, seul, le deuxième bruit est très accentué à l'orifice pulmonaire.

Dans l'urine, pas d'albumine, ni sucre, ni sang.

La recherche des bacilles dans les crachats est négative.

On observe des cicatrices, variant depuis la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois ou même d'une noisette.

On en trouve sur les membres inférieurs et supérieurs, en particulier aux avant-bras, aussi bien du côté des extenseurs que du côté des fléchisseurs, au pourtour des aisselles. Quelques-unes se voient sur la face, surtout autour du nez et aux oreilles ; d'autres sont disséminées sur le dos et la poitrine. Elles ont une teinte brunâtre, sont pigmentées et paraissent brillantes : et quelques-unes rappellent assez bien les cicatrices de la variole, mais en diffèrent par leur contour circulaire et régulier ; tandis que d'autres paraissent franchement excavées et comme taillées à l'emporte-pièce. Les cicatrices sont assez profondes, leur fond est uniforme. Elles sont entourées pour la plupart d'un cercle brunâtre pigmenté.

Cà et là, on trouve disséminées sur le corps, avec une prédilection assez marquée pour la face antérieure, de petites papules brunâtres.

Les unes présentent en leur centre une petite pustulette blanchâtre, les autres sont recouvertes d'une petite croûte jaunâtre.

Par le toucher, en passant le doigt sur la peau, surtout aux oreilles, aux avant-bras, au pourtour de l'articulation crurale, on sent de petits nodules de la grosseur d'un pois, sous la peau normale, indolores et mobiles. A remarquer la symétrie des lésions, tant des papules en évolution que des cicatrices.

Obs. XVI. — *Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliculis des mains*, par M. DU CASTEL.

Mme X... est âgée de 44 ans, sa santé habituelle est bonne ; elle habite la campagne aux environs de Péronne (Somme) où elle est occupée aux travaux des champs. Une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire ; un de ses enfants, âgé de 11 ans, est atteint d'adénite cervicale suppurée. La malade a eu 6 accouchements dans d'excellentes conditions ; cinq de ses enfants sont encore vivants.

Il y a 8 ans, la malade eut aux jambes une éruption érythémateuse qui s'effaça rapidement. A l'époque menstruelle suivante, la face et le cuir chevelu furent envahis par un érythème en placards avec sensation de brûlure, œdème diffus de la face. Il y avait en même temps une grande gêne de la déglutition. Depuis lors, la face est restée toujours malade, toujours rouge ; mais la rougeur n'offre pas toujours la même intensité, il y a une succession irrégulière d'exacerbations et d'atténuations.

La malade aurait eu, il y a 3 ans, un érysipèle avec forte fièvre et délire. C'est à cette époque que sont apparues les croûtes qui persistent encore actuellement et qui recouvrent la presque totalité de la face et lui donnent un aspect particulier. Ce sont des croûtes épaisses, graisseuses, jaunâtres, assez régulières d'aspect ; elles ont une forme rectangulaire, légèrement allongée, d'un bon centimètre dans leur plus grande longueur ; elles sont séparées par des intervalles d'un millimètre environ ; leur adhérence à la peau est grande.

Leur disposition d'ensemble forme un carrelage régulier. Dans l'intervalle des croûtes, la peau est nettement cicatricielle par places, rouge vif dans d'autres points. Les deux joues, le nez, le front sont envahis ; les deux oreilles sont recouvertes d'une peau cicatricielle. Sur le cuir chevelu, il existe un certain nombre de plaques cicatricielles et de taches érythémateuses recouvertes de squames fines et adhérentes.

Les muqueuses buccale et nasale sont saines.

Le dos des mains est parsemé de plaques érythémateuses avec squames adhérentes, de taches cicatricielles offrant le type net des lésions du lupus érythémateux du dos des mains. Ces lésions s'atténuent chaque été.

La paume des mains présente une lésion des plus intéressantes, elle est parsemée de taches cicatricielles et de plaques squameuses analogues à celles du dos des mains ; il y a en plus quelques petites nodosités inflam-

maloires incrustées dans le derme et rappelant les nodosités de la folliculite tuberculeuse dont la Société a discuté la nature dans sa précédente séance, mais n'ayant pas actuellement de point nécrotique central.

Rien de particulier à noter dans le reste de la santé de la malade, qui ne paraît pas atteinte de tuberculose pulmonaire.

OBS. XVII. — *Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses*, par M. G. THIBIERGE.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, exerçant la profession de voyageur de commerce, qui est venu me consulter à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour des accidents nerveux semblant relever de la neurasthénie, et en outre pour des lésions cutanées sur lesquelles je désire appeler votre attention.

Il présente sur la face dorsale des mains, principalement au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, vers le bord interne de la main et au niveau du 2^e métacarpien, ainsi que sur la face dorsale et les bords latéraux des 4 derniers doigts et sur la face palmaire de l'auriculaire droit, des lésions caractérisées de la façon suivante à leurs différents stades dont on trouve actuellement tous les spécimens ; au début, et ce stade peut être étudié sur deux éléments apparus depuis deux jours sur la main droite, il se forme une petite saillie rouge clair, centrée par une pustulette acuminée, saillie du volume d'une grosse tête d'épingle en verre, de consistance ferme. Au bout de quelques jours, la saillie devient un peu violacée, sa consistance est plus ferme, elle représente alors un grain de plomb enchâssé dans le derme ; la pustule s'élargit légèrement et en même temps s'aplatit, donnant à certains éléments un aspect qui rappelle celui d'une vésicule herpétique supprimée. Plus tard encore la pustule se rompt, elle est remplacée par une croûte brune, assez adhérente, autour de laquelle la saillie dure précédemment décrite forme une sorte de cratère de consistance ferme, fibreuse. Enfin le dernier terme de la lésion est constitué par une cicatrice régulièrement arrondie, légèrement déprimée, rappelant celle de l'acné nécrotique, d'abord entourée d'une zone rougeâtre ou légèrement pigmentée, finalement blanche. Au dire du malade, l'évolution des éléments, jusqu'à la formation de la cicatrice, dure un mois.

Les mains sont le siège d'une assez notable congestion passive avec algidité.

Les avant-bras ne présentent aucune lésion analogue à celles des mains. A la partie postérieure des coudes, on voit quelques éléments analogues à ceux des mains, mais plus aplatis, à contours moins bien délimités, de consistance moins ferme et constitués surtout par une croûte grisâtre ou brunâtre, entourée d'une zone rouge bleuâtre.

Les pieds ne sont le siège d'aucune lésion et ne présentent pas de traces d'asphyxie locale. A la partie externe de la région poplitée gauche, 6

ou 7 éléments dont deux seulement sont en activité et constitués par une pustule de la largeur d'une grosse tête d'épingle en verre reposant sur une base rouge et légèrement infiltrée, tandis que les autres ne sont plus représentés que par une cicatrice légèrement déprimée et fortement pigmentée. Un élément pustuleux au-devant de la rotule gauche.

Aux fesses, un certain nombre d'éléments rouges, saillants, infiltrés, quelques-uns centrés par une pustulette très nette ; ces éléments mesurent la largeur d'une grosse lentille.

Dans le dos, au milieu des cicatrices d'acné ancienne, de comédons et de pustules acnéiques peu développées et à base non infiltrée, on voit 5 ou 6 éléments ayant le même aspect que ceux des fesses.

Les oreilles offrent, sur toute l'étendue de l'ourlet, principalement à son bord interne, et à la partie externe de la conque, un nombre considérable d'éléments analogues à ceux des mains ; ici, cependant, le processus pustuleux est moins net, et, sur un certain nombre d'éléments, il semble faire défaut, ceux-ci étant constitués en apparence uniquement par une saillie rouge, arrondie, semblable à celle d'un grain de plomb ; un très petit nombre d'entre eux sont centrés par une pustulette ; à ces éléments sont entremêlés un certain nombre de petites cicatrices déprimées.

Les lésions cutanées que je viens de décrire auraient débuté par les oreilles en 1870 : à cette époque, le malade a eu les oreilles gelées et depuis lors il aurait eu constamment à ce niveau des lésions semblables à celles que nous constatons aujourd'hui ; depuis la même époque, le moindre frottement au niveau des oreilles est douloureux ; cette sensation pénible est plus prononcée en hiver qu'en été.

Quant aux mains et aux genoux, seules régions où le malade eût remarqué l'éruption, ils n'ont commencé à être atteints qu'au mois de juillet dernier, et, jusque-là, n'avaient jamais été le siège d'engelures.

Depuis 1893, le malade est atteint d'adénopathies de l'aisselle droite et de la partie latérale droite du cou.

Dans ces deux régions, on constate l'existence de nombreux ganglions volumineux, non suppurés, présentant tout l'aspect de la forme pseudo-lymphadénique de la tuberculose ganglionnaire.

Il ne présente, à la percussion et à l'auscultation, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

C'est un homme grand, dont les doigts et les orteils, rappelant ceux des acromégaliques, semblent presque appartenir à un géant.

Au milieu d'antécédents morbides assez complexes, il convient de signaler une syphilis remontant à 12 ans, qui a donné lieu à la production de gommès précoces et pour laquelle le malade, quelque peu syphilophobe, a suivi à plusieurs reprises des traitements iodurés. Au mois de juillet dernier, peu avant l'apparition des lésions cutanées aux mains, il venait de subir 8 injections de biiodure de mercure.

OBS. XVIII. — Communication faite à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, le 14 janvier 1897, par M. le Dr BROcq.

Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides.

La malade est une jeune fille de 20 ans, jusqu'alors bien portante, sans antécédents de tuberculose dans sa famille, ayant eu pendant son enfance beaucoup d'engelures aux mains, et en ayant encore aux pieds ; on constate, chez elle, les lésions de début de l'angiokératome sous forme de points télangiectasiques aux oreilles, aux mains et aux pieds.

Elle a une kératose pilaire accentuée des membres et de l'asphyxie locale des extrémités. L'auscultation ne révèle rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons, mais elle a d'assez nombreux ganglions cervicaux dont elle ne s'était d'ailleurs jamais aperçue, et elle a maigri depuis quelques mois.

Il y a 6 mois environ, sans aucune cause appréciable, elle a vu survenir brusquement sur le nez une éruption analogue à celle qu'elle présente en ce moment ; puis, après quelques semaines, la guérison se produisit sans la moindre intervention médicale.

Il y a environ 6 semaines, toujours sans cause appréciable, elle a vu survenir, mais avec une réelle intensité, une deuxième éruption qu'elle présentait dans toute sa violence il y a 8 jours, lorsque nous l'avons vue pour la première fois. L'élément éruptif initial est un petit élément papulopustuleux, d'abord assez nettement inflammatoire, d'un rose assez vif, donnant au doigt une sensation d'infiltration ; puis assez rapidement la rougeur devient plus sombre, plus livide ; elle tend à s'effacer ; il se forme au centre une croûte arrondie, de la grosseur d'une tête d'épingle, assez adhérente : quand on l'enlève, on trouve au-dessous le derme d'un rouge vif, ou un peu sombre, et au centre, une toute petite dépression.

Ces éléments sont discrets, isolés ou agminés, et dans ce cas ils forment par confluence des plaques irrégulières, arrondies, ovalaires, des traînées plus ou moins droites ou incurvées. Ces traînées et ces plaques que l'on observe aux mains et aux doigts, face dorsale et surtout face palmaire, ont une teinte d'un rouge un peu livide ou brunâtre ; leur surface est irrégulière, déchiquetée, un peu hyperkératosique et leur aspect rappelle dans son ensemble le lupus érythémateux.

Les localisations de ces lésions sont les suivantes : le cuir chevelu où elles se trouvent circonscrites en deux groupes, au niveau desquels la peau est d'un rouge assez vif, déchiquetée, déprimée, alopecique et offre absolument l'aspect de plaques d'un lupus érythémateux, je mets au défi quiconque ne verrait que ces lésions de faire un autre diagnostic ; les oreilles où elles occupent la partie inférieure de la conque et le lobule, il y a en ces points beaucoup de télangiectasies ; le nez où elles ne forment qu'une plaque minuscule ; les pommettes où elles constituent deux groupes des plus remarquables de 3 à 4 centimètres au moins de diamètre et où les éléments initiaux sont les uns discrets, les autres confluents ; le coude

gauche où l'on ne retrouve que quelques cicatricules assez superficielles consécutives à trois ou quatre éléments discrets qui ont déjà évolué ; les deux mains qui sont surtout prises. Comme nous venons de le dire, au niveau des doigts, surtout vers leur face palmaire, les jambes où l'on note de simples rougeurs érythémateuses, enfin les pieds dont la face dorsale, les faces latérales et plantaires sont criblées de points télangiectasiques.

OBS. XIX. — HALLOPEAU et G. BUREAU.

François D..., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital St-Louis, pavillon Bazin, lit n° 52, le 21 décembre 1896.

Une de ses sœurs est morte de méningite.

Il a été sujet aux maux d'yeux pendant son enfance ; à partir de l'âge de dix ans, il a eu, au cou, des glandes qui n'ont jamais complètement disparu depuis ; vers la même époque, il reçut un corps étranger dans l'œil gauche, amenant une opacité de la cornée qui a beaucoup compromis la vue de ce côté.

Au mois de janvier 1896, les ganglions du cou augmentèrent de volume, plusieurs s'ulcérèrent et depuis un certain nombre ont toujours continué à suppur.

C'est il y a deux mois qu'apparut pour la première fois l'éruption pour laquelle le malade vient consulter aujourd'hui ; elle débute par la face antéro-interne des cuisses sous forme de petits éléments rouges, acuminés, avec suppuration centrale, ne déterminant aucune sensation spéciale au malade ; depuis quinze jours, l'éruption s'est répandue sur la plus grande partie du corps.

Le malade n'a jamais été sujet aux engelures, et l'on ne constate pas chez lui d'asphyxie locale ou de troubles circulatoires des extrémités.

Etat actuel. — Cet homme présente une adénopathie sous-maxillaire extrêmement prononcée. Du côté droit, on aperçoit deux cicatrices anciennes et l'on sent de nombreux ganglions dont deux très volumineux ; à gauche, les lésions sont encore plus accentuées : il existe, de ce côté, toute une zone, parallèle au maxillaire inférieur, où les tissus sont rouges, épaissis, infiltrés et parsemés d'orifices par lesquels s'écoule un pus granuleux, blanchâtre, provenant des ganglions suppurés, dans la région de la nuque existent également de nombreux ganglions, mais on ne constate pas d'adénopathies axillaires ni inguinales.

L'éruption que présente ce malade est généralisée sur tout le corps ; cependant elle est beaucoup plus abondante sur les membres que sur le tronc. Elle est formée d'éléments qui débute sous forme d'une petite papule, légèrement saillante, acuminée, de la dimension d'une fine tête d'épingle, de couleur rouge pâle ou rosée et présentant bientôt à son sommet un petit soulèvement épidermique, une petite vésico-pustule à contenu jaunâtre. Se développant profondément dans le derme, ces éléments, à mesure qu'ils augmentent de volume, prennent une coloration plus foncée ; ils de-

viennent rouge vif, ou même violets, de teinte livide, surtout aux membres inférieurs ; ils forment alors une notable saillie au-dessus de la peau, rappelant un peu l'aspect de l'acné et pouvant atteindre la dimension d'un gros pois. A leur sommet, existe une pustule contenant une goutte de pus jaunâtre et dont la surface présente à la partie centrale une petite dépression, une sorte d'ombilication. Autour de la papule rouge foncé, existe toute une zone assez large, érythémateuse. Lorsque la pustulette commence à se dessécher, si l'on vient à l'ouvrir, on met à nu une dépression profonde, une sorte de petit cratère à bords taillés à pic, pénétrant d'environ deux millimètres dans le derme et donnant issue à un peu de sang. A mesure que se fait la dessiccation, une croûte mince, jaunâtre, se forme au niveau de la pustule, en même temps que se fait une légère desquamation sur toute la superficie de la papule. Après la dessiccation complète, les éléments conservent leur teinte rouge intense. Lorsque la croûte est tombée, on voit une cicatrice profonde, déprimée, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou ovalaire, pigmentée, brunâtre, et entourée elle-même d'une zone de pigmentation. Ces cicatrices sont variables comme dimension suivant le développement qu'avait pris l'élément qui leur a donné naissance.

Cette éruption est formée en grande partie d'éléments isolés, disposés sans ordre ; cependant en certains endroits, notamment au niveau des poignets et des genoux, ils se réunissent de façon à former des groupes conglomérés, de un à deux centimètres de diamètre, à contours extrêmement irréguliers. Ces placards, surélevés au-dessus de la peau saine, présentent une teinte rouge foncé analogue à celle des éléments isolés ; ils sont légèrement indurés et offrent parfois l'aspect d'une tuberculose verruqueuse.

Suivant l'âge de la lésion, la surface de ces plaques présente, soit un certain nombre de pustulettes, soit des croûtelles, soit des cicatrices déprimées, taillées à pic ; reposant sur une tache pigmentée, certaines d'entre elles présentent des cicatrices dans leur partie centrale, tandis qu'à leur périphérie existe toute une zone d'éléments encore en pleine activité.

Cette éruption n'est ni prurigineuse, ni douloureuse ; ce n'est qu'à cause de sa localisation aux pieds que le malade a dû interrompre son travail.

Répartition des lésions. — Les lésions sont disposées d'une façon symétrique presque absolue.

Membre supérieur droit. — Sur le bras, les éléments, rares à la face interne, sont plus nombreux à la face externe, et deviennent beaucoup plus abondants au niveau du coude ; le pli du coude en est complètement dépourvu.

Sur l'avant-bras, l'éruption est plus accentuée à la face externe qu'à la face interne. Sur le bord interne de l'avant-bras, au-dessus du poignet, se trouve un petit placard d'éléments agminés, formant une plaque allongée, irrégulièrement ovalaire, d'environ un centimètre et demi de long,

surélevée, indurée, de couleur rouge foncé. Sur la face de la main, près de son bord cubital, on trouve un élément guéri et deux autres en pleine activité ; il en existe également deux sur l'index et l'on voit un certain nombre de cicatrices anciennes, blanches, dépigmentées sur les autres doigts. Rien à la face palmaire. Ces éléments de la main rappellent tout à fait les éléments de follicles de la même région.

Membre supérieur gauche. — Les lésions y sont identiques aux précédentes ; il existe sur le bord cubital de l'avant-bras un placard symétrique à celui du côté opposé.

En dehors des éléments semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, on en voit sur ces membres un certain nombre d'autres qui restent beaucoup plus petits, mais n'en laissent pas moins à leur suite de petites cicatrices déprimées punctiformes.

Membre inférieur droit. — Sur la cuisse, l'éruption est très abondante, et on aperçoit une quantité considérable de cicatrices taillées à l'emporte-pièce, les unes pigmentées, les autres blanches, d'autres enfin dépigmentées, mais entourées encore d'une zone de pigment. Dans la région du genou, la plupart des éléments sont réunis pour former des plaques ; c'est dans cette région que les éléments agminés sont le plus nombreux ; ils forment des placards à contours extrêmement irréguliers, pouvant atteindre deux centimètres de dimension en moyenne ; leur couleur est rouge foncé ; un certain nombre d'entre eux sont guéris et ne présentent plus que des cicatrices déprimées reposant sur un fond livide. L'éruption a respecté le creux poplité. A la jambe elle est très peu abondante, surtout à la partie moyenne ; sur le pied, au contraire, elle est extrêmement prononcée.

Au niveau de sa face dorsale, dans la région tarso-métatarsienne, les éléments très nombreux, quoique un peu irrégulièrement disposés, semblent cependant former des sortes de lignes concentriques allant du bord externe du pied vers l'interne ; ils s'étendent également sur les deux malléoles et à la face postérieure du pied au niveau du tendon d'Achille.

On trouve des éléments de tout âge et de toute dimension, les uns, au début, sont acuminés et présentent une pustulette centrale ; les autres plus considérables atteignent le volume d'un pois et davantage ; les uns sont isolés, les autres agminés ; certains présentent encore leur pustule ; sur d'autres, la croûte a été enlevée et laisse voir l'excavation centrale ; enfin au milieu de tous les éléments en pleine activité, se trouve une quantité de cicatrices pigmentées, déprimées, profondes, taillées à pic, variant comme dimensions d'une tête d'épingle à une lentille et même plus ; les plus grandes présentent parfois un bord polycyclique résultant de la fusion de plusieurs nodules.

Aucun élément à la plante du pied.

Membre inférieur gauche. — La répartition et l'aspect des lésions y sont très analogues ; sur la face dorsale du 2^e orteil on voit deux nodules et un sur la face dorsale du 4^e ; il en existe aussi quelques-uns sur le bord interne du pied et un à la face plantaire.

Tronc. — Le thorax est à peu près indemne aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés. Sur l'abdomen, les éléments, assez nombreux, sont en général isolés ; à l'entrée du malade, ils remontaient à peu près jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic ; depuis ils ont augmenté et s'étendent maintenant jusqu'aux fausses côtes. En arrière, l'éruption très abondante au niveau des fesses remonte jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire ; elle est surtout accentuée sur les côtés, il n'y a pas d'éléments sur la ligne médiane. Sur la verge, on voit également un certain nombre de cicatrices excavées, et, sur le gland, à côté de cicatrices anciennes, très profondément déformées, existent actuellement deux nodules suppurés.

Tête. — Rien à la face, au cou, ni dans le cuir chevelu ; aucune éruption dans la bouche.

Etat général. — Le malade paraît un peu affaibli, déprimé, mais l'examen de ses différents organes n'a rien décelé de particulier. Il ne tousse pas et l'auscultation minutieuse de ses poumons n'a pas permis d'y trouver de signes de bacillose.

OBS. XX (résumée). — *Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides*, par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE.

Adèle B..., 33 ans, ménagère, a été atteinte d'une pleurésie du côté droit, il y a 6 ans et demi. Elle a depuis quelque temps une petite toux sèche, sans hémoptysies. Elle a eu 4 enfants, dont trois sont vivants, mais fort chétifs.

Etat actuel (1^{er} juin 1897). — Au côté droit, qui a été le siège de la pleurésie, la respiration est obscure, surtout au sommet du poumon.

Il y a, dans l'aisselle droite, un ganglion mobile, gros comme une noix, subsistant depuis plusieurs années ; quelques petits ganglions l'entourent. Au devant du muscle sterno-mastoïdien du même côté, on sent plusieurs ganglions durs, gros comme des haricots.

Face et tronc. — Ce qui frappe d'abord, à l'aspect de cette femme, c'est une éruption acnéiforme qui lui couvre tout le visage depuis quatre mois.

Cette région est uniformément rouge, et, sur ce fond rouge, se voit un semis très confluent d'éléments papulo-tuberculeux, gros comme une tête d'épingle. Cette éruption n'est pas prurigineuse.

Au devant du cou, la peau est normale, mais, à la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on voit, de chaque côté, une série de trois tubercules en ligne verticale, formant des saillies arrondies, dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un gros pois, et qui pénètrent profondément dans le derme. A leur périphérie, on remarque un semis de nodules semblables, mais plus petits.

A la partie postérieure du cou, des tubercules semblables à ceux qui viennent d'être décrits forment, par leur confluence, trois placards d'un rouge vif, échelonnés de haut en bas.

Le supérieur et le plus grand est transversalement situé, et contourné grossièrement en forme d'S. Il mesure 5 centimètres de long et 2 centimètres de haut, et paraît constitué par la confluence de trois ou quatre placards initiaux. Lisse et un peu déprimé au centre, ce grand placard présente un contour nettement dessiné par une large couronne de tubercules érythémateux, indurés, saillants, et s'affaissant sous la pression du doigt.

Les autres placards, situés au-dessous, sont à peu près circulaires et plus petits ; leur surface égale à peine celle d'une pièce de 1 franc. Ils sont lisses, déprimés à leur centre, et limités par des tubercules saillants, volumineux, confluent et indurés.

Enfin, autour de ces placards et dans leur voisinage, il y a un léger semis d'éléments papulo-tuberculeux, de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un grain de millet.

Au devant de la poitrine, on voit aussi quelques éléments rouges, acuminés, indurés, du volume d'un grain de chènevis, avec une croûte au centre.

Mêmes éléments, en petit nombre, sous le sein gauche.

Membres. — Aux coudes, aux avant-bras, on observe des lésions de folliculis. Elles se composent, sur chaque membre, d'une dizaine de nodules du volume d'une grosse tête d'épingle, durs, indolores et surmontés d'une petite croûte. Quelques éléments semblables sont disséminés sur le dos des premières phalanges des mains.

Cette poussée est récente. La malade dit en avoir eu de pareilles chaque année, depuis l'âge de 18 ans ; et l'on remarque en effet, sur les avant-bras, d'assez nombreuses cicatrices blanches et petites, stigmates de ces précédentes poussées.

Aux membres inférieurs, ces nodules croûteux ne se voient qu'aux genoux, et au nombre de 4 ou 5 de chaque côté.

Au genou droit, l'un d'eux s'est infecté et suppure, ce qui a provoqué une adénopathie douloureuse dans le triangle de Scarpa.

OBS. XXI. — *Folliculis.* — Communiquée le 20 juillet 1898 à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, par M. BARTHÉLEMY.

Il s'agit d'un cuisinier, âgé de 33 ans, qui vit relativement sobrement, mais qui est sujet aux cauchemars, est agité et parle haut pendant son sommeil.

Cet homme est pâle, maigre, nerveux, souffre de poussées fréquentes et douloureuses d'aphtes, depuis 10 ans ; il présente un clapotage très marqué de l'estomac. Il est essoufflé facilement et a de fréquentes palpitations, bien que le cœur et les poumons soient sains. Il a eu beaucoup de furoncles pendant son enfance. Pelade il y a 3 ans.

Depuis 10 ans, il a des boutons disséminés sur tout le corps, mais surtout aux membres et notamment aux jambes : « Il en a plus ou moins, mais il n'a jamais été un jour sans en avoir ».

Ce ne sont ni des furoncles, ni des acnés, ni des ecthymas ; ce sont des pustules à base assez épaisse, nullement groupées, disséminées sur tout le corps, voire à la face et au cuir chevelu. Elles sont nées dans l'épaisseur du derme et nullement précédées de nodosités sous-cutanées.

Il y a rougeur, cuisson, petite induration, puis saillie légère ; enfin, apparition d'une vésicule à tête blanche d'où l'on peut faire sourdre une gouttelette de sérosité purulente. A ce moment la lésion est de la largeur d'une lentille, limitée par une zone rose au niveau de laquelle la peau est un peu épaissie, un peu tuméfiée, un peu douloureuse.

Bientôt la pustule se constitue plus nettement, et, au bout d'une quinzaine, la croûte plate, très brune, commence à se détacher.

Vers le 20^e jour, elle tombe, sèche, mince, superficielle, très brune, et laisse voir une cicatrice arrondie en forme de lentille, lisse mais déprimée, faite comme à l'emporte-pièce, avec dépression marquée surtout au centre, blanche sur le haut du corps, très pigmentée aux membres inférieurs.

Le corps porte ainsi plus de 150 cicatrices et menace d'en être tout criblé à cause de la répétition incessante et de la chronicité persistante des boutons : ce sont là les raisons qui décident le malade à aller consulter, surtout, parce qu'à cause de son métier, il redoute l'apparition de ces boutons suivis de cicatrices à la face et au cuir chevelu. Les cheveux sont noirs, fins, abondants ; adénopathies rétro-cervicales bilatérales ; pas de syphilis ; rien à noter aux dents, gencives, voile du palais, gorge, etc... Intertrigo érythrasmique gauche.

Au moment de l'examen, on constate seulement quelques éléments en voie d'activité ancienne ou récente : 5 au coude gauche, 4 à la jambe gauche, 5 à la jambe droite ; chacun est muni de sa croûtelette, la plupart l'ont sèche, mince, plate, noire, et datent d'une quinzaine de jours. Toutes sont indolentes. Une seule offre un certain degré d'acuité, date de 8 jours environ et siège au mollet droit. D'une manière générale, le côté droit a toujours été plus atteint que l'autre.

Obs. XXII (personnelle). — (Cette observation n'est que la suite de l'observation IX.)

Le 18 mars 1898 entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. Brocq, salle Vidal, la nommée T. . ., domestique, âgée de 19 ans 1/2.

Cette malade nous dit avoir été soignée en 1896 à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Du Castel, qui l'a présentée le 9 avril 1896 à la Société de dermatologie et de syphiligraphie comme type *Folliculitis scrofulosorum*.

(L'histoire de la malade étant exposée à l'observation IX, nous ne reviendrons pas sur ses antécédents. Nous prendrons la malade à sa sortie de l'hôpital St-Louis.)

Depuis sa sortie de l'hôpital St-Louis, la malade n'a jamais été sans présenter des lésions de folliculis. L'éruption a persisté, moins intense, il est

vrai, que pendant le séjour dans le service de M. Du Castel, et elle n'a jamais complètement disparu.

Néanmoins, la malade, à cause du petit nombre de lésions qu'elle portait, s'était considérée comme guérie pendant environ 6 mois, lorsqu'au mois d'avril 1897, l'éruption se montrait de nouveau, plus intense que la première fois. Elle était formée des mêmes éléments, était confluyente aux membres inférieurs, plus discrète aux membres supérieurs. L'éruption avait son maximum d'intensité au niveau de la partie antérieure des membres inférieurs ainsi qu'aux plis articulaires. La face postérieure des membres supérieurs présentait également un assez grand nombre de lésions. En somme, l'éruption, comme la première fois, occupait surtout le côté de l'extension.

Cette éruption était constituée au début par de petits éléments papuleux, rougeâtres à la périphérie, et présentant à leur centre une petite pustule. Cette pustule se crevait et laissait à sa place une ulcération qui se recouvrait d'une croûte. La périphérie prenait alors une teinte violacée, la papule s'affaissait, la croûte tombait en laissant une cicatrice rougeâtre qui blanchissait par la suite.

Au tiers inférieur de la face antérieure de la jambe droite, sur le tibia, on pouvait remarquer à l'entrée de la malade à l'hôpital la réunion de trois ou quatre de ces éléments qui s'étaient ulcérés, donnant ainsi l'aspect d'une ulcération scrofulo-tuberculeuse.

Le tronc était à peu près indemne, on n'y trouvait que quelques éléments isolés. La face ne portait pas de lésions.

Les adénopathies avaient persisté donnant encore parfois issue à un peu de pus. Outre ces lésions la malade présentait des cicatrices anciennes, rappelant la première éruption. La malade paraissait anémiée et affaiblie.

OBS. XXIII (inérite). — *Folliclis*. — (Cette observation, personnelle, a été prise dans le service de M. le Dr Brocq, à l'hôpital Broca-Pascal.)

M... Louise, 40 ans, cuisinière, salle Vidal, n° 2.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. A noter seulement des adénopathies cervicales suppurées dans l'adolescence. On en voit les cicatrices. Pas d'antécédents syphilitiques.

L'affection a débuté il y a dix ans par une éruption analogue à celle qui existe actuellement. Cette éruption a duré quelques mois puis a disparu. Deux ans après, seconde éruption analogue à la première ; mêmes symptômes, même durée, même terminaison. Deux ans après cette seconde poussée, troisième éruption qui dure 3 à 4 mois, puis intervalle de repos complet pendant deux ans, suivi d'une poussée, en tout semblable aux précédentes. Enfin, en décembre 1897, deux ans après la quatrième poussée, cinquième éruption pour laquelle la malade entre à l'hôpital. Dans l'intervalle des poussées, la malade n'a aucune lésion de folliclis et n'a présenté que les cicatrices laissées par les éruptions précédentes.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente des ganglions multiples

durs, au cou et dans les aisselles. On trouve deux ganglions rétro-maxillaires, symétriques, suppurés. Ces ganglions, nous dit la malade, ont grossi avec chaque poussée de folliculis. Cicatrices d'adénopathies cervicales, dites scrofuleuses. Lésions tuberculeuses peu avancées aux sommets des poumons. Varices des jambes. Fibrome utérin.

L'éruption a envahi de préférence les membres inférieurs. Elle n'a touché que légèrement les membres supérieurs, a respecté le tronc et la face, et présente des localisations symétriques.

Sur les jambes, l'éruption est constituée par des nodules rouges, circulaires, de la grandeur environ d'une pièce de 20 centimes, limités à la périphérie par un liseré épidermique décollé. Ils présentent à leur centre un pertuis, sorte de petit cratère excavé, comme taillé à l'emporte-pièce, s'enfonçant dans la profondeur. Ce petit puits est entouré d'une zone d'infiltration profonde, ce qui donne à la lésion l'aspect d'une gomme cutanée. Les éléments tout entiers reposent sur une base rose et infiltrée. Ils débuent par une tache rouge, légèrement papuleuse, avec un point blanc central donnant naissance à une pustulette qui s'agrandit et crève en laissant à sa place le cratère dont nous venons de parler. Ce dernier se recouvre bientôt d'une croûte qui ne tarde pas à tomber, et après leur évolution ces lésions laissent une cicatrice pigmentée, avec un point central plus brun, violacé, déprimé. Ces éléments sont disséminés sur les deux jambes, quelquefois, ils revêtent l'aspect d'un bourrelet rougeâtre autour d'un ulcère suppurant. Les lésions sont toujours nettement arrondies et le liseré épidermique est constant.

A la plante des pieds et à la face plantaire des orteils, on voit quelques éléments entourés par un épiderme soulevé, et dont le décollement va quelquefois très loin de la lésion.

Sur les fesses, éruptions multiples ayant l'aspect d'éruptions acnéiques.

A la face palmaire des doigts, les lésions présentent le même aspect qu'à la face plantaire des pieds. Sur leur face dorsale, on voit des cicatrices et quelques éléments en voie de guérison. Ces lésions présentent encore le cratère central, presque comblé, et entouré de tissu cicatriciel rouge.

Comme nous l'avons dit, les lésions sont bilatérales et symétriques. Il n'y en a pas sur le tronc ni sur la face. Celle-ci est acnéique et télangiectasique (joues et nez).

L'éruption actuelle dure depuis deux mois, et voilà dix ans que la malade présente, tous les deux ans, des éruptions semblables. Les lésions sont indolores; toutefois, la pression réveille une certaine douleur. La malade présente aussi quelquefois des fluxions douloureuses des articulations, coïncidant parfois avec les poussées de folliculis.

M. le Dr Veillon, chef de clinique de M. le Dr Brocq, a fait l'examen anatomo-pathologique et histologique des lésions présentées par la malade. Il a bien voulu nous faire connaître les résultats de ses recherches. Nous les publions *in extenso* dans le chapitre de l'anatomie pathologique et nous ajoutons à la fin de notre thèse, une planche qui montre bien les lésions observées sur les coupes faites par M. Veillon.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Symptômes locaux. — Le tableau symptomatique que présentent les malades atteints de folliculite est tout à fait caractéristique.

L'éruption est tantôt généralisée, tantôt confluite. Même quand elle est disséminée, elle a quelques endroits de prédilection où elle est plus abondante et plus accentuée. Ces endroits sont surtout les membres supérieurs, les faces dorsales des doigts, le dos des mains, les avant-bras, du côté des extenseurs. Les lésions siègent surtout au niveau des articulations (coudes, genoux, poignets, articulations des phalanges).

Puis viennent par ordre de fréquence les cuisses et les jambes, la face dorsale des pieds et les orteils. L'éruption se montre aussi sur le tronc, à l'abdomen, sur le dos, sur les lombes, mais elle y est rarement aussi confluite que sur les autres parties atteintes. La figure est rarement touchée, et quand l'éruption la gagne elle se localise de préférence aux oreilles et à leur pourtour. Comme localisations assez rares, il faut signaler la paume des mains et la plante des pieds. Les aisselles et toutes les régions pileuses comme le pubis et le cuir chevelu ne sont jamais ou presque jamais atteintes.

Les lésions débutent par de petites nodosités, de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet, sans modification de la peau. Ces nodosités sont dures, arrondies, intra-dermiques ; elles roulent librement sous le doigt, entre les téguments et les plans profonds et ne sont pas douloureuses spontanément ni à la pression. Ces éléments évoluent lentement. Après un certain temps, ils forment des élevures un peu plus considérables, rouges, sur-

montées d'un petit soulèvement épidermique plus ou moins marqué suivant les cas. Ce petit soulèvement ne tarde pas à présenter en son centre une petite vésicule ou une vésico-pustule, contenant de la sérosité citrine ou grisâtre, que l'on peut faire sourdre par la pression. Autour de la papule existe une légère zone inflammatoire de couleur rose ou rouge que la pression du doigt fait disparaître. La vésicule s'ombilique et se crève.

A ce moment, le nodule a atteint la dimension d'un pois. A la place de la vésicule apparaît une toute petite ulcération, parfois à bords taillés à pic, qui se couvre immédiatement d'une croûte blanche ou brunâtre, entourée quelquefois d'une collerette épidermique. Enfin, après un temps plus ou moins long, la lésion semble s'arrêter. Le nodule s'affaisse, s'aplatit, tout en conservant sa forme papuleuse ; l'inflammation se calme, la rougeur diminue de plus en plus, la croûte se dessèche et tombe, et à sa place apparaît une cicatrice centrale, déprimée, régulièrement arrondie, comme faite à l'emporte-pièce, ressemblant assez bien à la cicatrice de la variole, rougeâtre quand elle est récente, brunâtre quand elle est ancienne, et entourée d'une aréole plus ou moins pigmentée. L'aspect de cette cicatrice rappelle parfois celui des cicatrices des lésions syphilitiques.

A noter : toutes les lésions que nous venons de décrire sont superficielles et ne gagnent jamais les tissus sous-cutanés.

Tous les éléments évoluent en général comme nous venons de l'indiquer. Parfois cependant, un élément avorte avant la suppuration. Par contre, par suite d'une infection secondaire, la lésion peut donner lieu à un petit abcès qui évolue alors comme tous les abcès ordinaires.

D'autres fois, plusieurs lésions, situées trop près les unes des autres se réunissent, et donnent ainsi lieu à leur période d'ulcération à une sorte de petite ulcération ressemblant assez bien aux ulcérations scrofulo-tuberculeuses.

L'éruption se faisant par poussées successives, on trouve sur un même malade des lésions à tous les stades de leur évolution. Au milieu de lésions en pleine activité, on en trouve d'autres qui

sont tout à fait au début, et d'autres qui sont au contraire presque à la fin de leur existence. Au milieu de toutes ces variétés se voient des cicatrices, les unes rougeâtres, les autres brunâtres, ou blanchâtres, derniers vestiges des éruptions antérieures et successives. A noter que quelquefois les lésions affectent une disposition plus ou moins symétrique.

Symptômes généraux. — Dans la majorité des cas, les lésions que nous venons de décrire n'occasionnent aucun symptôme fonctionnel. Les symptômes généraux sont ordinairement nuls. La fièvre ne se montre jamais, l'éruption est complètement apyrétique.

Parfois, au moment de l'éruption, le malade ressent une légère douleur à l'endroit où se fait l'éruption. Cette douleur est toujours très peu accentuée et ne nécessite que rarement des soins. Toutefois, dans quelques observations, et en particulier dans un cas observé par M. Barthélemy (obs. II), la douleur fut assez forte pour nécessiter une intervention.

Dans ce cas, il se manifesta au niveau des points où se faisait l'éruption une douleur assez accentuée, de la rougeur, du gonflement, et ces divers symptômes nécessitèrent l'application de cataplasmes qui calmèrent la douleur et l'inflammation locale.

Il y a quelques symptômes, sur lesquels nous jugeons inutile de nous arrêter ici ; nous nous proposons, en effet, de signaler dans le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection, l'état particulier de faiblesse, de débilité organique dans lequel se trouvent la plupart des malades atteints de folliclis. Nous parlerons à ce moment des troubles ganglionnaires et viscéraux qui, presque toujours, accompagnent ou suivent l'évolution de cette affection. Nous nous occuperons alors également des troubles d'asphyxie locale qui coexistent souvent avec les troubles cutanés que nous étudions.

Il en sera de même pour les tuberculoses cutanées qui compliquent parfois la maladie « folliclis », telles que le lupus ou les gommes tuberculeuses. On a noté quelquefois aussi la coexistence du lichen scrofulosorum, du lupus érythémateux, du lupus pernio, et des engelures.

CHAPITRE III

Marche et terminaison.

Un symptôme domine toute l'histoire de l'affection appelée folliclis : c'est son extrême chronicité. La maladie évolue très lentement, et c'est par années et non par mois qu'il faut compter sa durée. Si nous nous en rapportons à quelques observations, nous verrons que le malade qui fait le sujet de l'observation I était atteint de cette tenace affection depuis 8 ans et demi. Dans l'observation II, la maladie, au moment de l'examen médical, durait depuis trois ans. Dans un cas rapporté par M. Darier (obs. XII) le malade était atteint de folliclis depuis 5 années. Dans une observation de M. Barthélemy (obs. VI) le malade était porteur de lésions depuis 10 ans. Il s'agissait d'un pharmacien dont les lésions évoluaient depuis 1883. Les poussées étaient incessantes, se produisant sans groupements, sur tout le corps, avec recrudescences à certains moments.

Chez un malade dont l'observation a été rapportée par M. Thibierge en 1897 (obs. XVII) les lésions avaient débuté en 1870. Cette année-là, le malade en question avait eu les oreilles gelées ; l'éruption s'était montrée à ce moment aux oreilles, et depuis ce temps, n'avait pas disparu. Elle aurait donc persisté pendant 27 ans, au moins.

Outre son extrême chronicité (3 ans, 5 ans, 8 ans, 10 ans et même 27 ans, comme nous venons de le voir), l'affection présente une marche non uniforme. Tantôt, son évolution est nettement intermittente, et tantôt, pour continuer la comparaison, elle semble être seulement rémittente. Qu'on nous pardonne cette comparaison un peu audacieuse peut-être, avec certaines maladies fébriles, mais il nous semble bien qu'il en est ainsi, en réalité.

Par exemple, le malade de M. Darier (obs. XII) présente un type d'évolution nettement intermittente. Cet homme, âgé de 32 ans, est atteint de folliclis depuis 5 années. Au commencement de chaque hiver, une poussée se produit, plus ou moins forte, mais néanmoins bien nette. L'éruption évolue pendant l'hiver, et dès qu'arrive l'été disparaît complètement. Examinons ensuite le cas rapporté par MM. Hallopeau et F. Bureau (obs. XIV). La malade est Mme P..., âgée de 38 ans. Elle présente une éruption de folliclis qui dure depuis 8 ans, apparaît tous les hivers et commence en général dès les premiers froids. L'été la malade ne voit aucune lésion. Ici encore, la maladie évolue par poussées successives, séparées par des intervalles plus ou moins longs dans lesquels la santé est parfaite.

Il en est de même pour notre malade (obs. XXIII, personnelle).

Prenons, par contre, d'autres observations et nous verrons que la maladie y affecte le type que nous pourrions appeler rémittent. Marie M..., la malade qui fait le sujet de l'observation X, âgée de 35 ans, a eu sa première poussée de folliclis en 1893, au printemps. Sa poussée, d'abord aiguë, s'est affaiblie, et a été suivie d'autres poussées moins fortes. Les poussées ont été beaucoup plus fortes au printemps qu'en hiver, mais l'affection n'a jamais cessé de se montrer en certains endroits du corps. Au printemps suivant, en 1894 nouvelle poussée aiguë, ou plutôt, forte recrudescence de l'affection aux doigts qu'elle n'a d'ailleurs jamais abandonnés. En 1895, troisième poussée. En 1896, quatrième poussée. Dans l'intervalle de toutes ces poussées, jamais la maladie n'a disparu complètement.

Dans l'observation VI, on voit que les poussées sont presque continuelles, mais très peu abondantes en temps ordinaire ; il n'y a qu'en été et par les grandes chaleurs qu'elles s'exaspèrent ; à partir du mois d'octobre elles vont en diminuant ; elles sont à peu près nulles en hiver ou au printemps. L'éruption cessa le 7 mars 1893, mais depuis 1883, la malade n'avait jamais été un seul instant exempte de lésions. Il faut remarquer en outre que dans ce cas, la maladie a suivi une marche progressivement en-

vahissante. A la première poussée, en 1893, l'éruption n'a envahi que la face dorsale des doigts. L'année suivante, elle est restée localisée aux mêmes doigts, mais elle a été plus intense. Au printemps de 1895, elle s'est étendue aux coudes, à la partie postéro-supérieure des avant-bras, et à l'oreille gauche. Enfin, en 1896, la quatrième poussée a été plus intense encore que les précédentes, puisque, en outre des sièges ci-dessus désignés, elle s'est étendue aux membres inférieurs.

Dans chaque poussée, l'éruption évolue différemment, et plus ou moins vite suivant l'élément observé. La plupart des éléments se composent de saillies qui de la grosseur d'un grain de millet arrivent à celle d'une lentille ou même d'un pois. Ce développement se fait en 8 ou 10 jours, parfois en 15 à 20 jours. Alors, en quelques jours (3 ou 4) la vésicule se forme, puis se crève. Une croûte la remplace et tombe à son tour. La durée moyenne d'un élément, depuis son apparition jusqu'à la chute de la croûte, est d'au moins un mois. Parfois, l'évolution est courte : il s'agit alors d'éléments avortés.

En résumé, la marche de l'affection est essentiellement chronique, son évolution peut affecter le type intermittent y compris une quantité d'intermédiaires, les poussées sont successives, et la maladie gagne progressivement en étendue et en intensité. Parfois, cependant, la maladie semble s'arrêter (obs. VI).

Quant à savoir quelle en est la terminaison habituelle, nous ne la connaissons pas exactement. En effet, l'affection n'a été observée que depuis trop peu de temps, les malades vivent encore, pour la plupart. Toutefois, nous pouvons dire que presque tous présentent des accidents de tuberculose viscérale, et nous verrons, en traitant de la pathogénie, quelles sont les relations qui unissent la tuberculose et les éruptions de folliculis.

CHAPITRE IV

Étiologie.

Par des recherches minutieuses, nous avons pu réunir vingt deux cas de folliclis ; dans son article sur « les exanthèmes de la tuberculose », M. le professeur Boech de Christiania, cite douze observations de cette affection, et tout récemment, à la séance du 9 juin dernier, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, M. Du Castel a présenté un cas de folliculites tuberculeuses syphiloïdes. MM. Balzer et Leroy ont amené un malade atteint de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, et M. Danlos a fait voir aux membres de la Société un homme atteint d'érythème polymorphe avec folliculites tuberculeuses. Cette affection, quoique rare, ne l'est pas autant qu'on pourrait le penser tout d'abord, et à présent qu'elle a attiré sur elle l'attention des dermatologistes, il y a lieu de penser que les observations deviendront de plus en plus nombreuses.

L'âge ne paraît avoir aucune influence sur les poussées de folliclis. Nous voyons la première poussée se produire à 7 ans dans l'observation IV, à 48 ans dans l'observation XI. Entre ces deux extrêmes, nous trouvons tous les intermédiaires : 14 ans (obs. XIII), 17 ans (obs. VII), 17 ans 1/2 (obs. IX), 20 ans (obs. III et V), 21 ans (obs. VIII), 23 ans (obs. XV), 32 ans (obs. XII), 35 ans (obs. I et X), 38 ans (obs. XIV), 44 ans (obs. XVI). Les malades, cités par M. le professeur Bœck, avaient 12, 13, 17, 20, 22, 30, 39, et même 42 ans. La folliclis est en somme une maladie de l'âge adulte, elle se montre rarement dans l'enfance et dans l'adolescence.

Le sexe a peut-être une influence sur l'apparition de cette affection. En effet, en examinant les 37 cas cités plus haut, nous

voyons qu'ils se décomposent comme il suit : hommes 14, femmes 23. La proportion serait donc de 1/3 environ pour les hommes, et de 2/3 pour les femmes.

La profession n'est pour rien dans l'apparition des éruptions de folliculis. Les malades dont nous avons parlé exerçaient les professions les plus variées : cordonniers, domestiques, ouvriers et ouvrières, pharmaciens, employés, voyageurs de commerce, ménagères, cuisiniers, etc. etc. Un malade de M. Bœck était prêtre, un autre était étudiant.

Les saisons, au contraire, semblent exercer une action sur l'apparition des poussées. Quelle est cette action ? Nous ne la connaissons pas exactement, mais il suffit de lire l'observation IV pour voir que l'éruption était plus abondante au printemps. Chez le malade qui fait le sujet de l'observation VI, les poussées s'exaspéraient en été et dans les grandes chaleurs. Dans l'observation X, les poussées avaient lieu au printemps et diminuaient en hiver. Au contraire, dans l'observation VII, l'éruption apparaissait en hiver, avec des engelures. Il en était de même pour le malade de l'observation XII et pour la femme dont il est parlé dans l'observation XIV. D'une façon générale, nous croyons avoir remarqué que chez les malades acroasphyxiques, présentant une cyanose et une algidité des extrémités, les poussées ont apparu l'hiver, en même temps que des engelures, ou après elles (obs. VII, XII, XIV, XVIII). Par contre, les malades qui ne sont pas acroasphyxiques paraissent avoir leurs poussées de préférence au printemps, ou pendant les grandes chaleurs. Ceux-là présentent surtout des adénopathies cervicales (obs. IX, X, XI, XIII, XIX).

L'alcoolisme ne paraît pas avoir une action quelconque sur l'apparition et sur la marche de la maladie.

Il en est de même pour la syphilis. Dans les observations citées, un seul malade était syphilitique (obs. XVII). Peut-être, à la rigueur, pourrait-on discuter le cas du malade d'Unna de Hambourg, dont l'observation est rapportée par le Dr Adolf Spiegel (obs. XV). Ce malade, comme antécédents vénériens, avait eu 6 ans avant son éruption de folliculis un chancre qui avait été dia-

gnostiqué chancre mou par le médecin traitant. Ce qui confirme le diagnostic, c'est que 4 ans après l'apparition de ce chancre, le malade avait pris pendant un an du mercure et de l'iodure de potassium à fortes doses. Il présentait à ce moment des adénopathies assez marquées, et ces deux médicaments n'eurent aucune influence sur la marche de l'affection. Nous savons qu'il en aurait été tout autrement s'il s'était agi de syphilis.

On doit aussi noter, dans le même ordre d'idées, le cas de la malade présentée par M. Du Castel à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dans sa séance du 9 juin dernier. La malade présentait depuis trois ans, sur les membres, une éruption répondant à ce que l'on a décrit sous le nom de folliculite à type tuberculeux, et caractérisée par une lésion cutanée profonde, d'aspect globuleux, dont le sommet était recouvert d'une vésicule, d'une croûte, ou d'une cicatrice déprimée.

A côté de ces éléments, il en existait d'autres, beaucoup plus larges, entourés d'une zone pigmentée étendue. Ces derniers avaient l'aspect de gommes anciennes guéries. Le traitement mixte avait été, chez cette malade, sans action sur les lésions qui avaient continué à évoluer : M. Hallopeau et M. Barthélemy, qui virent la malade, crurent à la réunion de lésions tuberculeuses et syphilitiques. M. Brocq, qui assistait également à la séance, rejeta, au contraire, la syphilis. Quoique chez cette malade l'éruption empruntât le masque de la syphilis, elle n'en était pas moins tout autre chose, ce que lui-même avait décrit en 1890 sous le nom de folliculites disséminées à tendance cicatricielle des parties glabres.

Pour ce qui est de la tuberculose, les relations sont étroites, entre cette maladie et les éruptions de folliclis. Presque tous les malades atteints de folliclis sont des strumeux, des lymphatiques. Ils ont presque tous des antécédents héréditaires tuberculeux et eux-mêmes présentent, pour la plupart, des écoulements de l'eczéma de la lèvre supérieure, des adénopathies suppurées ou non, des lésions viscérales, surtout de tuberculose pulmonaire. Ces relations ont été tellement mises en évidence par la clinique que l'on n'a pas hésité, ces derniers temps, à dire que

ces lésions de folliclis étaient nettement des lésions tuberculeuses. On a alors rapproché de ces cas de folliclis des cas d'acnitis, de lichen scrofulosorum, d'acné des cachectiques, etc... qui se présentaient ou coexistaient chez de semblables malades, et on a réuni ces diverses affections en un groupe que M. Darier a classé sous le nom de « tuberculides ». Nous étudierons plus particulièrement les relations de la tuberculose et des tuberculides au chapitre qui traitera de la pathogénie des éruptions de folliclis.

En dernier lieu, nous croyons devoir signaler l'action probable, quoique mal déterminée, de la menstruation sur l'apparition des poussées de folliclis. Cette action nous paraît exister. En effet, dans l'observation IV, il s'agit d'une femme de 20 ans, domestique. Chez elle, l'affection a débuté il y a 7 ans, elle est plus abondante au printemps et augmente à chaque période menstruelle. Dans l'observation XIII, il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, lymphatique, présentant des adénopathies et des gourmes. Chez elle l'éruption est apparue en septembre, peu après l'établissement des règles. Y a-t-il eu dans ce cas une simple coïncidence ? Nous n'en savons rien, mais nous pensons que cette observation est à rapprocher de la précédente, où l'influence de la menstruation sur les poussées de folliclis est beaucoup mieux évidente.

CHAPITRE V

Pathogénie.

La pathogénie de la folliclis n'est pas encore complètement élucidée. Tous les auteurs ont vu que cette affection a un caractère et une allure nettement infectieux. La suppuration des nodules de folliclis présente les caractères d'une inflammation pyogénique. Les essais et les recherches faits pour en trouver le microbe sont restés infructueux. Les différents microbes : cocci, streptocoques, staphylocoques, causes habituelles de la suppuration ont été tour à tour recherchés, mais les résultats ont toujours été négatifs. Seul, M. Jacquet a trouvé une seule fois un streptocoque à la présence duquel, dit-il, il n'a attaché aucune importance. Malgré ces essais infructueux et ces tentatives sans résultats faits par des hommes instruits et experts en la matière, dans les meilleures conditions opératoires possibles, la majorité, nous dirons presque l'unanimité des dermatologistes est d'accord pour attribuer à la folliclis une origine infectieuse.

Si l'on examine de près les malades et si l'on scrute avec soin leurs antécédents morbides, tant héréditaires que personnels, on est frappé de voir l'hérédité tuberculeuse tenir une si large place dans leur bilan pathologique. Tous ces malades sont anémiés, plus faibles que d'habitude. Ils présentent pour la plupart des gourmes, des ganglions cervicaux parfois suppurés. Ils sont tous, en un mot, des scrofuleux. Quoique le terme de scrofuleux ne soit plus de mise aujourd'hui, il faut bien l'admettre cependant. « En effet, dit M. Tenneson, de la scrofule telle que l'entendaient Lugol et Bazin, si on retranche ce qui ressortit à la syphilis héréditaire et à la tuberculose, il reste quelque chose. Ce quelque chose n'a ni critérium étiologique, ni critérium anatomique ;

cependant, lorsqu'il s'agit de scrofuleux. tous les cliniciens s'entendent. On nomme ainsi des sujets dont la circulation sanguine et le pouvoir calorifique sont languissants. Leurs extrémités sont froides, cyaniques, boursoufflées. Durant tout l'hiver ils ont des engelures. L'apathie de leur système nerveux est égale à la torpeur de leurs vaisseaux sanguins ; de tels sujets n'aiment que manger, boire et dormir. En revanche, l'activité de leurs vaisseaux blancs est prédominante ; ce sont des lymphatiques. Ils ont à tout propos des suppurations de la peau et des muqueuses voisines. Puis ces lymphangites froides, répétées, souvent inaperçues entraînent peu à peu des œdèmes lymphatiques par obstruction, véritables éléphantiasis circonscrits qui occupent surtout la lèvre supérieure, les joues, les oreilles, et impriment au visage des traits caractéristiques. Les ganglions s'enflamment, se tuméfient comme pour barrer la route aux parasites ; mais ceux-ci passent tôt ou tard et pénètrent dans le torrent circulatoire. Ainsi parviennent à la peau les micro-organismes inconnus (bacilles de Koch ou autres) qui sont la cause efficiente de nos granulomes innommés. »

Si nous cherchons chez les malades dont nous avons reproduit les observations les signes énumérés dans ces lignes de M. Tenneson, nous voyons que presque tous présentent plus ou moins des symptômes de lymphatisme. Ils présentent pour la plupart des gourmes, des adénopathies, des écrouelles, de l'œdème de la lèvre supérieure. Quelques-uns d'entre eux sont nettement acroasphyxiques, à tel point que quelques auteurs se sont demandé s'il n'y avait pas quelques relations entre la folliclis et la maladie de Maurice Raynaud.

Etant donné les relations qui réunissent la scrofule et la tuberculose, d'autant plus que certains auteurs admettent complètement l'identité de ces deux affections, il est tout naturel de chercher chez nos malades les antécédents et les signes de tuberculose. Presque tous ont leurs antécédents héréditaires chargés sous ce rapport ; l'un a son père, l'autre sa mère, un troisième un frère ou une sœur qui sont morts de tuberculose pulmonaire ou de

méningites mal déterminées. Beaucoup ont eu des frères et sœurs qui sont morts en bas âge, d'affections non précisées, soit abdominales, soit pulmonaires ; la presque totalité de ceux qui survivent est atteinte et souffre de tuberculoses viscérales. Les malades eux-mêmes présentent soit des lésions bien nettes de tuberculose, telles que souffle au sommet, expiration prolongée, craquements, etc..., soit d'autres signes non moins nets de tuberculose cutanée, tels que lupus vulgaire, gommes scrofulo-tuberculeuses.

De toutes ces constatations est née la façon actuelle d'envisager la pathogénie de la folliclis. Comme nous l'avons dit dans le chapitre qui traite de l'historique, M. Hallopeau, en 1896, au congrès de Londres, a fait remarquer les relations étroites qui unissent la tuberculose et les maladies de la peau. Quatre faits peuvent isolément permettre d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection cutanée. Ce sont :

1° La possibilité de transmettre la tuberculose par l'inoculation en série des produits morbides.

2° La présence de bacilles caractéristiques dans le tissu atteint.

3° Les intra-inoculations, c'est-à-dire pour le cas particulier la genèse d'une dermatose par prolifération d'altérations nettement tuberculeuses, et réciproquement la production de tuberculoses consécutivement au développement de cette dermatose.

4° L'apparition d'éruptions différenciées telles que celles du lichen scrofulosorum, sous l'influence des inoculations de tuberculine.

D'après M. Hallopeau, la folliclis rentrerait dans le groupe des affections présentant le caractère désigné à : 3° les intra-inoculations. Cliniquement, le même auteur, à côté des tuberculoses cutanées bacillaires (lupus scléreux, tubercule anatomique, gomme tuberculeuse), range les tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne distincte du bacille vulgaire (lupus érythémateux, lupus pernio). En troisième lieu, M. Hallopeau fait un dernier groupe, dans lequel rentre la folliclis, et comprenant toute une catégorie de tuberculoses cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins

éloignés. Ces tuberculoses seraient constituées par des éruptions qui se développent chez les tuberculeux, le plus souvent en même temps que des dermatoses bacillaires et parfois sous leur influence directe, ne sont pas destructives, n'ont pas la structure des tuberculoses bacillaires, ne sont pas hétéro-inoculables et sont susceptibles d'être provoquées par la tuberculine.

La nature tuberculeuse de toutes ces éruptions, dit M. Hallopeau, a été communément méconnue jusqu'à ces derniers temps, et pour chacune d'elles, elle ne doit plus maintenant être contestée.

A côté de la folliclis, et dans le même groupe, on doit placer d'autres affections telles que le lichen scrofulosorum, l'acné cachectique, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées ou agminées en placards à progression excentrique, la tuberculose papulo-vésiculeuse, et même les érythèmes tuberculeux.

Après la communication de M. Hallopeau au congrès de Londres, la théorie des tuberculides était née, il restait à lui donner un nom. Ce fut M. Darier qui la baptisa. Bien que l'on n'ait jamais trouvé de bacilles dans les lésions de folliclis, et dans les diverses lésions du même groupe, bien que les inoculations tentées aient toujours jusque-là été négatives, la clinique n'en montrait pas moins une relation très étroite de toutes ces affections avec la tuberculose. Ces relations étaient tellement évidentes, que pour les rappeler M. Darier donna à toutes les affections ci-dessus désignées le nom générique de « tuberculides ».

Les « tuberculides » seraient donc un groupe bien distinct, analogue à celui des syphilides, des diabétides, etc. Quelques dermatologistes, en particulier M. Wickham, auraient préféré le nom de scrofulides. Ce mot ayant déjà longtemps servi aurait pu amener une confusion dans cette question peu nette, aussi lui a-t-on préféré généralement le nom de tuberculides.

Cette conception des tuberculides est très séduisante, mais si le nom générique a été adopté, la nature des différentes maladies qui composent le groupe a été vivement discutée.

A propos du lichen scrofulosorum, MM. Jacobi et Sack ont

déclaré presque simultanément qu'il s'agissait là d'une manifestation tuberculeuse. Ils s'appuyaient sur l'histologie et l'anatomopathologie. De plus, M. Jacobi avait constaté dans les lésions la présence d'un bacille. Quelque temps après, MM. Kromayer, Kaposi, Lukasiewicz ont contesté cette opinion. D'après eux, les lésions du lichen scrofulosorum ne sont pas identiques à celles de la tuberculose, on n'y trouve pas les nodules typiques, nettement délimités, privés de vaisseaux et reconnaissables à leur réticulum caractéristique.

Quant à l'unique bacille vu par M. Jacobi, sa valeur est des plus contestables, en raison des résultats négatifs, à cet égard, des recherches faites par tous les observateurs. La présence de cellules géantes elle-même n'est nullement caractéristique puisque l'on trouve ces mêmes cellules géantes dans d'autres dermatoses étrangères à la tuberculose. Les tentatives d'inoculation ont toujours donné des résultats négatifs, alors même qu'elles ont été pratiquées dans les conditions les plus favorables. Donc, selon Kromayer, Kaposi et Lukasiewicz, il faudrait plutôt considérer la tuberculose comme constituant seulement un terrain propice au développement du lichen scrofulosorum, et Unna serait du même avis.

A côté de ces avis différents sur la nature du lichen scrofulosorum se place celui de M. Hallopeau. Se basant sur deux cas de lichen scrofulosorum qu'il a observés, M. Hallopeau a cru pouvoir donner la preuve de la nature tuberculeuse de cette affection. En effet, dans ces deux cas, les éléments lichénoïdes étaient groupés autour des lésions tuberculeuses dont ils émanaient en toute évidence. Les foyers tuberculeux initiaux s'étaient formés dans les couches profondes du derme où le tissu cellulaire avait donné lieu à une cicatrice centrale, puis, les agents infectieux s'étaient propagés excentriquement de ces foyers, dans les parties voisines du derme, y avaient amené la genèse des nodules lupiques et avaient donné lieu à un semis ambiant de papules de lichen. Ces dernières lésions s'étaient localisées autour des follicules pilosébacés. Selon toute vraisemblance, ces lésions de lupus et de

lichen étaient dues aux toxines tuberculeuses. Ce qui confirmerait les recherches de M. Hallopeau, c'est que MM. Schweninger et Buzzi ont vu le lichen scrofulosorum se développer sous l'influence des injections de tuberculine (1).

Tout récemment (juin 1898), M. Jadassohn, de Berne, a déclaré avoir trouvé dans le lichen scrofulosorum les cellules géantes de Langhans absolument caractéristiques, et dans trois cas avoir obtenu des résultats positifs par l'inoculation expérimentale.

Quant aux folliculites suppuratives disséminées (folliclis) ou agminées, leur nature tuberculeuse paraîtrait ressortir en toute évidence des faits suivants : ces folliculites coïncident très fréquemment avec le lichen scrofulosorum, dont la nature tuberculeuse, nous venons de le dire, a été établie par M. Hallopeau. En outre il y a constamment d'autres manifestations tuberculeuses. L'examen histologique ne révèle ni la présence de bacilles, ni l'existence de lésions tuberculeuses. Le fait que la lésion serait d'après certains auteurs (MM. Darier et J. Laffitte) une périfolliculite serait en faveur de leur origine toxinique.

L'eczéma scrofulosorum n'a aucun caractère spécial qui doive le faire classer à part. D'après le professeur Bœck cette forme d'eczéma est très importante, parce qu'il serait le plus fréquent et le moins grave de tous les exanthèmes de la tuberculose.

Les manifestations cutanées de la tuberculose peuvent, d'après M. Hallopeau, être purement érythémateuses, éphémères, simulant même la roséole. Dans cet ordre de faits, MM. Bayet et Schlangreiff ont vu se produire ces éruptions de cette nature chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire aiguë.

Il est donc généralement admis à présent que la folliclis fait partie des tuberculides, et que ces tuberculides sont probablement d'origine toxinique. De quelle façon agit la toxine cause des éruptions ? Est-ce directement sur la peau, ou par l'intermédiaire des centres nerveux sur lesquels elles exerceraient une action inconnue ?

(1) SCHWENINGER et BAZZI. Lichen scrofulosorum provoqué par l'injection de tuberculine. *Monatsh. f. prak. Dermat.*, 1893.

Nous croyons, pour notre part, que la toxine élaborée par les microbes des lésions viscérales parvient directement à la peau. Par quelle voie, nous n'en savons rien. Est-ce par la voie sanguine? Les résultats anatomo-pathologiques publiés par MM. Tenneson, Leredde et Martinet sembleraient indiquer que c'est par cette voie que se produit l'infection, mais d'autre part, il nous souvient d'avoir vu, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il y a quelque temps, un malade atteint de folliclis dont les lésions, en certains endroits, suivaient régulièrement le trajet des lymphatiques et des ganglions. On sait aussi combien la folliclis affecte de préférence le dos de la main où les lymphatiques sont si nombreux. Il nous semble donc très probable que la toxine serait élaborée dans les foyers tuberculeux viscéraux, et parviendrait à la peau en suivant la voie lymphatique.

Ce qui confirme les idées actuelles que l'on a de la nature des tuberculides, c'est que l'on voit parfois toutes les manifestations dont nous venons de parler coexister chez un même sujet. Ainsi, on voit parfois chez le même malade des gommes tuberculeuses sous-cutanées et cutanées, de la folliclis, de l'acnitis, du lupus vulgaire, du lupus pernio, de l'érythème induré, de la tuberculose verruqueuse et du lichen scrofulosorum.

La tuberculose ulcéreuse miliaire peut, quoique exceptionnellement, devenir le point de départ d'un lupus vulgaire ; les gommes tuberculeuses peuvent compliquer la tuberculose verruqueuse ou le tubercule anatomique. Ces faits mettent en évidence l'étroite parenté qui existe entre ces diverses affections, et avec le professeur Bœck nous dirons que le nom de tuberculides est encore la meilleure appellation qui convienne à ce groupe de maladies et qu'il a fait faire un grand pas à la question. Du moment que l'on admet la nature tuberculeuse de cette affection, c'est, dit le professeur de Christiania, tout ce qu'il y a de plus simple et de plus commode que de réunir sous un seul nom toutes ces formes diverses. Par ce nom seul de tuberculides, on a d'abord la définition et l'étiologie, puis l'adjectif et la pathogénie.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique.

Les recherches anatomo-pathologiques, qui ont été faites dans tous les cas de folliclis, n'ont apporté aucun argument décisif en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection. Ces recherches ont bien montré le siège des lésions et les éléments dont celles-ci sont composées, mais l'interprétation de toutes ces données n'a fait faire aucun pas en avant à la question des tuberculides. Comme nous le verrons dans les résultats publiés, la recherche des bacilles a toujours été infructueuse, et dans tous les cas, l'inoculation des nodules aux animaux, chaque fois qu'elle a été faite, est restée négative.

Quoi qu'il en soit de toutes ces recherches, nous donnons dans ce chapitre quelques-uns des résultats anatomo-pathologiques que nous avons pu trouver.

Dans l'examen fait en 1891 par M. Jacquet, il s'agissait des malades observés par M. Barthélemy (obs. I et II).

Comme nous le disions ci-dessus, la recherche des bacilles, tentée par divers procédés sur un certain nombre de coupes, a toujours été négative. Les ensemencements sur gélatine et sur gélose, faits avec du sang prélevé avec soin sur quelques papules, sont demeurés stériles.

Voici in extenso le compte rendu des résultats obtenus par M. Jacquet.

Examen anatomo-pathologique des lésions présentées par les malades qui font le sujet des observations de folliclis du mémoire de M. BARTHÉLEMY, De l'acné, 1891.

Deux de ces petites tumeurs ont été examinées : elles étaient à la période de début de la dimension d'une tête d'épingle, et paraissaient déve-

loppées dans la profondeur du derme. Elles ont été durcies par l'alcool, coupées en série et colorées par le carmin d'alun, le picro-carmin et le vert de méthyle.

Les coupes vues à un très faible grossissement montrent au-dessus du derme papillaire un foyer néoplasique irrégulièrement arrondi, à centre pâle, à périphérie vivement colorée par les réactifs. — On reconnaît aisément aussi, sur celles des coupes qui correspondent au plein de la tumeur, la présence de tranches de follicules pilo-sébacés. Ces follicules sont, dans les deux cas examinés, des follicules à poil à bulbe plein : dans l'un de ces cas se voit, au-dessous du poil à bulbe plein en voie d'ascension, un poil de remplacement déjà bien formé : la néoplasie s'est formée autour de ces deux poils ; — dans l'autre, on ne voit que le poil à bulbe plein et, au-dessous de lui, la partie du follicule, à l'état de prolongement épithélial rétracté et irrégulièrement cylindrique.

Nous reviendrons un peu plus loin sur quelques anomalies que nous révélera, dans le second cas, un grossissement plus puissant.

La forme des nodules n'est pas régulièrement ronde, plutôt un peu ovaire, à grand diamètre, perpendiculaire à la surface cutanée ; en outre, et principalement sur les coupes correspondant au centre du nodule, on voit nettement une sorte de barre à peu près transversale formant en quelque sorte la base de la néoplasie. Cette base est accentuée et soulignée par une vive coloration sous l'influence des réactifs ; elle forme une sorte de limite nette, débordant latéralement le nodule ; au-dessous d'elle les lésions cessent brusquement, et l'on ne voit que le tissu connectif de l'hypoderme, d'aspect absolument normal.

Le même grossissement permet de constater au-dessus de la tumeur l'hypertrophie du corps papillaire et celle de l'épiderme sous-jacent. Cette hypertrophie est considérable mais ne présente aucun caractère particulier qui doive nous forcer à en parler plus longuement.

Il n'y a d'ailleurs à ce niveau aucune lésion de vésiculation, de pustulation ni de clivage épidermique. La couche cornée y est cohérente, l'épiderme très augmentée ; la kératinisation n'a pas souffert de façon appréciable.

Revenons au nodule dermique vu avec un grossissement moyen. Il présente, avons-nous dit, une partie centrale claire, une partie périphérique colorée par les réactifs. La partie claire est formée par le tissu connectif altéré ayant perdu sa transparence, son homogénéité ordinaires ; il est très légèrement granuleux ; on y retrouve quelques vaisseaux entourés de rares cellules troubles, à contours mal définis et mal colorés. Il semble que cette partie centrale ait été, à une période antérieure, le siège d'une altération plus marquée, en voie de régression. Cela se confirme par ce fait qu'en allant vers la périphérie du nodule, les lésions augmentent de netteté et d'intensité. C'est une infiltration diffuse des cellules lymphoïdes, qui s'accumule principalement autour des vaisseaux, des follicules pilo-sébacés, et des glandes sudoripares.

Autour des vaisseaux, cette infiltration se fait selon le mode ordinaire, sous forme de manchons péri-vasculaires autour des capillaires et des artérioles. Ceux-ci, qu'on voit surtout aux parties sous-épidermiques de la lésion, sont notablement altérés dans leur structure, et en bien des points semblent complètement oblitérés et remplacés par un petit amas arrondi de cellules embryonnaires, entouré d'un manchon de cellules lymphoïdes.

Quant aux artérioles, qu'on voit surtout aux parties latérales et inférieures, elles ne semblent pas notablement altérées, mais sont engainées par d'épais manchons de cellules lymphoïdes vivement colorées. La plus importante de ces traînées correspond à la partie inférieure de la lésion, à la base du nodule, à laquelle nous avons déjà fait allusion. Là, en effet, se voit la coupe longitudinale d'une artériole étendue transversalement au-dessous de la néoplasie, entourée d'un épais manchon de cellules migratrices, se continuant en haut et latéralement avec la masse de la lésion. Au-dessous d'elle, au contraire, l'infiltration s'arrête brusquement, et l'on voit le tissu hypodermique absolument normal. C'est autour de cette artériole, dont les parois semblent saines, que l'infiltration migratrice est le plus abondante, et que les réactifs colorants ont le plus d'énergie ; si bien qu'il semble y avoir à ce niveau une sorte de bourrelet lymphoïde, d'une coloration éclatante, et paraissant le point de l'activité maximum de la lésion.

Mais en réalité, ce n'est là qu'une apparence, et le point morbide initial n'est point là, comme on va le voir. En effet, sur la droite de la masse néoplasique, non pas à son centre, mais englobé cependant par elle, se voit un follicule pilo-sébacé dont l'infundibulum fait légèrement saillie au-dessus de la surface épidermique (cette saillie constitue la petite papulette dure, seul indice extérieur du nodule enlevé par biopsie, qu'on sentait plus aisément avec le doigt, dans la profondeur du derme). Sur la gauche du nodule se voit un autre follicule pileux, absolument sain celui-là.

Le nodule est donc enchâssé entre deux follicules voisins, sensiblement parallèles, dont l'un, le gauche, forme sa limite immédiate sans être englobé par lui ; dont l'autre, le droit, forme son autre limite latérale, mais en faisant partie intégrante de la lésion. La petite papulette extérieure, qui correspond, comme je l'ai dit, au canal pileux du follicule droit, ne constitue donc pas le centre de la masse néoplasique : celui-ci est profond et situé à gauche de cette papule, entre les deux follicules. Au niveau de la papule elle-même, c'est-à-dire du canal pileux, l'infiltration lymphoïde est peu marquée ; elle l'est davantage à la partie profonde du follicule, sans être cependant aussi abondante et aussi colorée qu'autour de la « barre vasculaire » que nous avons mentionnée ci-dessus.

Mais cette infiltration ne se borne pas à englober le fond du follicule, elle s'étend en outre, comme ayant fait tache d'huile, autour de 2 ou 3 pe-lotons sudoripares que l'on aperçoit distinctement au-dessous et au dedans de la base du follicule, et dont l'un est intimement collé à elle. L'infiltration lymphoïde est même, si l'on en juge d'après l'éclat des réactions

colorantes, plus vivace et plus récente autour des glomérules sudoripares qu'autour du follicule lui-même, où les cellules sont pour la plupart d'un éclat plus terne.

Le follicule pileire gauche a, lui aussi, un peloton sudoripare accolé à sa base, mais, pas plus que le follicule lui-même, n'est entouré de cellules lymphatiques.

J'en aurai fini avec la description succincte des infiltrations et proliférations embryonnaires quand j'aurai dit qu'elles sont très marquées autour des tronçons de canaux excréteurs sudorifères qu'on aperçoit en divers points de la néoplasie et qui proviennent des glomérules dont je viens de parler.

J'arrive maintenant aux lésions des organes glandulaires eux-mêmes.

Au niveau du fond du follicule, la gaine épithéliale externe semble saine ; mais la partie de cette gaine qui constitue le canal pileire et le corps du follicule est évidemment altérée. Cette altération, moins appréciable au canal pileire, où l'épithélium est simplement mal coloré, devient beaucoup plus nette au corps du follicule. Là, en effet, les cellules sont très mal colorées, à contours indistincts, comme vitreuses, et la masse épithéliale est fragmentée par des fissures irrégulières. Ce n'est point là un artifice de préparation, car la même lésion se retrouve à ce niveau sur toute la série des coupes ; il y a bien certainement là une dégénérescence vitreuse de l'épithélium.

Le poil du follicule, dont on aperçoit les tronçons longitudinaux plus ou moins longs suivant les coupes, est parfaitement normal. Mais, à côté de ces tronçons longitudinaux coupés parallèlement à l'axe, on voit sur plusieurs coupes, au milieu de la gaine externe, la section verticale de deux poils, dont l'un de calibre inférieur, accolés en canons de fusil. Ces poils proviennent sans doute d'un follicule secondaire émané du follicule principal. Cette anomalie supposée, que je pense pouvoir démontrer ultérieurement de façon plus complète, a peut-être, dans l'interprétation de la lésion qui nous occupe, une importance assez grande. J'y reviendrai plus loin. Ce follicule n'a, comme appareil sébacé, qu'un bourgeon apendiculaire sans importance. Quant aux épithéliums sudoripares, ils ne m'ont pas paru avoir sensiblement souffert dans la partie glomérulaire ; en revanche, sur deux au moins des canaux excréteurs, j'ai constaté l'élargissement du tube épithélial, la disparition de la cuticule, la coloration imparfaite des noyaux cellulaires et l'état vitreux des cellules ; bref, il semble que le canal excréteur soit fort altéré.

J'ai, par divers procédés, recherché les microbes sur un certain nombre de coupes : je n'en ai constaté nulle part.

D'assez nombreuses tentatives d'ensemencement sur gélatine et sur gélose, faites avec du sang prélevé avec soin sur quelques papules et autour d'elles, sont demeurées stériles, sauf un cas, où j'ai obtenu un streptocoque ; je n'attache aucune importance à ce résultat.

En résumé, M. Jacquet a trouvé des nodules néoplasiques irréguliers, à éléments embryonnaires plus jeunes et plus vivaces à la périphérie, où ils englobaient un follicule sébacé, plusieurs pelotons sudorifères et des artérioles. En outre, il n'y avait que quelques rares cellules mal colorées et du tissu connectif vaguement granuleux, de transparence imparfaite. Pas de cellules géantes, pas de microbes. En outre, il existait quelques altérations épithéliales. Ces lésions, d'après M. Jacquet, seraient des lésions de périfolliculite sébacéo-sudoripare. Quant à la cause de cette périfolliculite, M. Jacquet croit qu'elle réside dans des anomalies des follicules pileux. Tantôt, comme il l'a vu sur ses coupes, la néoplasie s'est développée autour d'un follicule contenant à sa partie inférieure un poil de remplacement déjà ancien, déjeté latéralement, et comme gêné dans son évolution par la présence d'un poil à bulbe plein non encore caduc et occupant toujours le follicule. Tantôt, on constatait dans le même follicule la présence de deux poils accolés, émanés sans doute d'un follicule diverticulaire, bourgeonnement anormal du follicule principal. M. Jacquet suppose que ces anomalies peuvent, chez des sujets prédisposés, constituer une sorte d'épine irritative qui, par sa présence, provoque à certains moments la réaction fluxionnaire, la diapédèse et l'irritation formative des artérioles capillaires et des tissus voisins. Cette réaction inflammatoire d'abord localisée autour du follicule, s'étendrait, en faisant tache d'huile, aux glomérules sudoripares, et aux petits vaisseaux dépendant du même cône vasculaire que le point de départ de l'irritation. Secondairement se feraient les altérations épithéliales mentionnées, sans doute par une sorte de compression et de nutrition imparfaite. Ainsi donc, en définitive, périfolliculites provoquées par des malformations pilaires, amenant secondairement la dégénérescence vitreuse des épithéliums, et probablement la nécrose, l'élimination du territoire vasculaire affecté.

M. Darier dans ses recherches dans les cas de folliclis, a vu, dans les lésions du début, qui se présentaient sous forme de petits tubercules durs, des éléments groupés en follicules. Ces

follicules comprenaient des cellules épithélioïdes, quelques cellules géantes et une couronne de cellules rondes. Il n'a pu préciser le point de départ ni l'origine des lésions, la biopsie qu'il a faite n'ayant pas dépassé la région des glandes sébacées. Dans les lésions à la période de suppuration, il a vu des cellules géantes, des cellules épithélioïdes, des cellules embryonnaires.

M. Barthélemy a vu des cellules embryonnaires englobant les éléments du tissu profond du derme et s'étendant jusqu'aux glandes sébacées ; pour lui, ce n'est pas à l'intérieur ni aux dépens d'une glande sudoripare que la lésion s'est développée mais au point où l'inflammation se produit, elle agglutine tous les éléments qui y sont situés.

Avec Fordyce, Politzer, Dubreuilh, etc., apparaît la théorie de l'hydrosadénite.

Pour Fordyce, les lésions affectent principalement les glomérules sudoripares qui sont enflammés et envahis par une infiltration embryonnaire intense, secondairement les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les vaisseaux qui sont entourés d'une gaine d'infiltration embryonnaire. L'inflammation est donc primitivement interstitielle. Politzer observe les mêmes lésions que Fordyce, mais selon lui, l'inflammation est primitivement non pas interstitielle, mais glandulaire. Voici les résultats qu'il a obtenus, dans l'examen des lésions présentées par son malade (obs. III).

*Examen anatomo-pathologique des lésions présentées par le malade
qui fait le sujet de l'observation III.*

Deux des nodules furent enlevés à des périodes différentes d'évolution et examinés après inclusion dans la celloïdine et la paraffine. Les lésions étaient les mêmes dans les deux cas, seulement un peu plus avancées dans le second. Chacun de ces nodules est formé par l'accumulation d'une masse de cellules de deux ordres : de petites cellules rondes, et de volumineuses cellules à plusieurs noyaux, ressemblant à des cellules géantes. Les petites cellules rondes sont distribuées dans toute la tumeur, plus denses seulement à la périphérie ; les grandes cellules, cellules épithélioïdes, siègent dans différents points de la tumeur, réunies toujours en groupes de 10, 20 ou plus, séparées les unes des autres par les cellules

rondes infiltrées en nappes. Ces grandes cellules ont de 2 à 5 noyaux, leurs formes variables prennent insensiblement l'aspect des cellules géantes.

Les vaisseaux sanguins peuvent se rencontrer dans toutes les parties de la tumeur, leur endothélium est déformé, les cellules augmentées de volume oblitérent complètement la lumière des capillaires au centre de la tumeur.

Les follicules pileux et les glandes sébacées, parfois refoulés, sont cependant normaux.

Au voisinage de la tumeur les glandes sudoripares présentaient des changements particuliers : gonflement de l'épithélium du conduit excréteur, oblitération de ce conduit, les contours des cellules deviennent obscurs, les noyaux prennent mal les matières colorantes.

Dans d'autres, les lésions sont plus avancées : il existe une infiltration de cellules rondes tout autour de la glande, entre ses différentes parties le tissu cellulaire a proliféré, l'épithélium gonflé a complètement oblitéré la glande, ses contours ont disparu, et l'épithélium ne forme plus que des masses irrégulières, reconnaissables encore à la faible coloration que prennent les noyaux. La glande a perdu toute structure, et ce n'est qu'au moyen de coupes nombreuses et orientées dans plusieurs directions que l'on parvient à reconnaître la nature glandulaire de ces amas cellulaires.

Deux points à déterminer : quel est le siège de cette lésion ; quelle est l'origine de ces grandes cellules. Il paraît évident que les glandes sudoripares en sont le siège et que ces grandes cellules proviennent de l'épithélium glandulaire modifié dans sa forme et dans ses rapports. Les recherches bactériologiques n'ont rien montré d'intéressant, les cultures ne renfermaient que du staphylococcus pyogenes ou du micrococcus prodigiosus.

Ce cas se rapporte exactement aux cas publiés par M. le Dr Verneuil sous le nom d'hydrosadénite phlegmoneuse et abcès des glandes sudoripares.

C'est un sujet peu traité par les dermatologistes et d'après Politzer il faudrait rattacher à ce cas bien des faits publiés sous d'autres noms et qui pour lui ne seraient que des cas d'hydrosadénite : acnitis (Barthélemy), folliculite exubérante (Kaposi), hydrosadénite scrofuleuse (Bazin).

La théorie de l'hydrosadénite, soutenue par Fordyce et Politzer, a été appuyée par M. Dubreuilh. D'après ses recherches anatomo-pathologiques, cet auteur conclut à une inflammation suppurative des glandes sudoripares qui doit être considérée comme une hydrosadénite suppurative déterminée.

L'opinion de M. Dubreuilh diffère de celle de M. Jacquet. En effet, pour M. Jacquet, les lésions de folliclis constituent une affection des glandes sébacées, à point de départ sébacéo-sudori-

pare, cause des malformations pilaires. Pour M. Dubreuilh, le point de départ est dans les glandes sudoripares. Ainsi s'expliqueraient les lésions observées à la face palmaire des doigts, où il n'y a pas de follicules pilo-sébacés. Ce qui confirme l'opinion de M. Dubreuilh, c'est que dans le cas de Bronson, les lésions existaient aussi à la paume des mains. Dans le cas de Bronson, où l'examen microscopique avait été fait par Fordyce, de même que dans celui de Politzer, les lésions affectaient principalement les glomérules sudoripares qui étaient enflammés et envahis par une infiltration embryonnaire intense, secondairement, les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les vaisseaux qui étaient entourés d'une gaine d'infiltration embryonnaire. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de rapporter *in extenso* les résultats publiés par M. Dubreuilh, et qu'il a obtenus par l'examen anatomo-pathologique des lésions présentées par une de ses malades (obs. IV).

Examen anatomo-pathologique des lésions présentées par la malade qui fait le sujet de l'observation IV.

L'étude microscopique a porté sur quatre lésions tout à fait jeunes, constituées par un simple nodule dur, indolent et profondément enchâssé, se traduisant à sa surface par une très petite papule rougeâtre à peine visible. Les trois premières pièces ont montré des ulcérations presque identiques. La lésion débute par une ou plusieurs glandes sudoripares groupées et s'étend ensuite de proche en proche aux glandes les plus voisines, de façon cependant que les glomérules centraux sont les plus atteints. Elle consiste en une infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu interstitiel du glomérule. L'épithélium des tubes sécréteurs devient moins régulier, ses cellules se multiplient, elles cessent de former un revêtement régulier à une seule couche et obstruent la lumière du tube ; bientôt on ne distingue guère le canal sécréteur que par la membrane propre qui résiste assez longtemps. Enfin tout vestige de la glande normale disparaît et le glomérule n'est plus représenté que par un amas dense de petites cellules embryonnaires parmi lesquelles on distingue un certain nombre de cellules d'aspect épithélioïde qui paraissent être produites par la multiplication des cellules glandulaires. Sur chacun des nodules excisés et par l'examen de la série des coupes on peut trouver tous ces différents stades.

Outre les lésions des glomérules sudoripares on trouve encore une infiltration leucocytaire formant des gaines autour des conduits excréteurs des glomérules enflammés et s'étendant du glomérule à l'épiderme et autour des vaisseaux sanguins de la région située entre les glandes altérées et la surface.

Dans ces trois fragments on trouve en dehors du centre des follicules pileux qui ne présentent aucune altération. Dans le quatrième fragment excisé l'on trouve au centre de la lésion un groupe de trois poils follets. Les follicules ne sont pas altérés, mais sur les trois glandes sébacées il en est deux qui sont nettement suppurées. L'étude attentive de la série des coupes permet de constater que cette inflammation des glandes sébacées n'est que secondaire ; elle est consécutive à l'inflammation d'un groupe de glandes sudoripares placées au-dessous d'elles et en contact intime avec elles. En effet les glandes sébacées sont bien remplies de pus mais leur paroi n'est altérée qu'en un point, celui où elles sont en contact avec un foyer inflammatoire situé au-dessous d'elles. Or ce foyer paraît plus ancien et il semble que ce soit lui qui s'est ouvert dans les glandes sébacées. La situation profonde de ce foyer, sa forme permettent d'admettre qu'il est dû à une inflammation profonde des glandes sudoripares et, sur certaines coupes, on peut y trouver des amas et des boyaux cellulaires qui sont les vestiges du tube sécréteur. Dans le voisinage, on trouve, de même que dans les autres pièces, des glomérules sudoripares enflammés à un moindre degré et des gaines d'infiltration cellulaire autour des conduits sudoripares et des vaisseaux.

Ainsi donc, dans ce cas, comme dans les autres, la maladie est constituée par une infiltration des glandes sudoripares, seulement cette inflammation, propagée aux glandes sébacées, aurait pu en imposer pour une acnée si l'étude attentive de la série des coupes n'avait permis d'établir la marche des phénomènes.

La recherche des microbes sur les coupes colorées par la méthode de Gram-Weigert ou de Loeffler est restée infructueuse.

Ainsi donc, de ce qui précède on voit que M. Dubreuilh conclut ceci : les lésions présentent un début qui se fait par un petit groupe de glomérules et s'étend aux glomérules voisins. Une infiltration de cellules embryonnaires se produit dans la loge glomérulaire. Simultanément les cellules épithéliales prolifèrent, puis dégénèrent ; c'est à elles sans doute qu'il faut attribuer la présence des cellules épithélioïdes. Ce sont sans doute les tubes glandulaires altérés qui forment les cellules géantes. Les follicules fibreux sont indemnes.

Les lésions s'étendent le long des canaux excréteurs. Tous les vaisseaux sanguins sont entourés de leucocytes. Dès que la suppuration se produit, tous les tissus du derme sont envahis indifféremment.

Unna, qui donne à l'affection le nom de spiradénite disséminée

suppurative, admet aussi l'origine glandulaire de l'affection.

Pour MM. Tenneson, Leredde et Martinet, ce qu'il faut surtout observer c'est la lésion vasculaire initiale. Dans les altérations jeunes, disent-ils, la lésion des vaisseaux est intense. Les vaisseaux se rencontrent en si grand nombre qu'une néoformation vasculaire paraît probable. Les glandes et les conduits vasculaires qui traversent la région ne sont pas oblitérés. Ainsi formés, les valvules ont les caractères des granulomes infectieux jeunes. L'origine parasitaire, selon eux, est indéniable, aucun des auteurs qui se sont occupés de la question n'en doute; l'absence des microbes prouve seulement qu'on ignore l'agent pathogène. Ils combattent la théorie de l'hydrosadénite, car, disent-ils, dans l'hydrosadénite, l'infection se produit de dehors en dedans, le nodule est plus profond à son début qu'à une période plus avancée, le malade le prend au doigt avant qu'on puisse le voir. Telle est l'évolution clinique. Anatomiquement, il en est de même. Sur les coupes, on ne trouve parfois aucune trace de lésions du corps papillaire. Pour eux, les lésions vasculaires sont les premières en date et l'infection évolue de dedans en dehors. A l'encontre de l'opinion de Giovannini, Fordyce, Dubreuilh, Politzer, Unna, qui pensent que les lésions glandulaires sont initiales, Tenneson, Leredde et Martinet pensent qu'elles sont secondaires. Quant à l'existence des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, ces auteurs hésitent à en placer la cause dans l'altération des cellules glandulaires. Voici le résultat de l'examen histologique des lésions observées chez deux malades de MM. Tenneson, Leredde et Martinet (obs. VII et VIII).

*Examen histologique des lésions présentées par le malade qui
fait le sujet de l'observation VII.*

Une biopsie fut faite et enleva sur la face dorsale de l'index droit une tumeur tout à fait à son début, sans trace de suppuration. Fixation par sublimé acétique.

La couche cornée est très épaisse, formée de lamelles cohérentes. Sur la moitié de la préparation qui répond aux lésions dermiques les plus importantes, on trouve des cellules reconnaissables à un faible grossissement,

semblables à celles que Unna décrit sous le nom de cellules œdémateuses. Près de la couche granuleuse seulement, on trouve quelques cellules cornées pourvues à leur centre de noyaux colorables, plats, en bâtonnets.

La couche granuleuse est épaissie.

Le corps muqueux est également épaissi, sans que l'on trouve de karyokinèse. Il n'existe pas de cellules migratrices dans l'épiderme. Dans le derme, on peut distinguer de droite à gauche deux lésions. La région droite présente en quelques points seulement des lésions de diapédèse très marquées autour des capillaires des papilles et autour de quelques vaisseaux du réseau sous-papillaire. Ici les glandes sudoripares sont absolument normales. Dans la région profonde de cette zone on trouve sur le bord des coupes des cellules nombreuses en un point où existent également quelques glandes sudoripares ; elles infiltrent régulièrement la paroi d'une vésicule coupée suivant sa longueur.

Dans la région gauche des coupes, on trouve des lésions bien plus intenses ayant leur maximum non dans la région sous-épidermique du derme, mais dans la région profonde.

Les papilles disparaissent parfois, on y trouve ainsi que dans la couche sous-papillaire des foyers arrondis formés de cellules en contact, nettement limités autour des vaisseaux. Toutes les fentes lymphatiques sont élargies.

Plus profondément on trouve des lits cellulaires interposés aux faisceaux conjonctifs, qui tendent à s'atrophier.

Enfin on arrive à des nodules arrondis, au contact les uns des autres, séparés de la région moyenne du derme par une zone étroite, constitués de faisceaux connectifs nécrosés.

Ces nodules comprennent des cellules, qui ont, en général, les caractères de lymphocytes ou des cellules fixes à gros noyaux, le tout groupé sur un réticulum. Des vaisseaux sanguins s'y rencontrent en si grand nombre qu'une néoformation vasculaire paraît probable. Les glandes et les conduits sudoripares qui traversent la région ne sont pas altérés.

Ainsi formés, ces nodules ont, en somme, les caractères de granulomes infectieux jeunes.

Entre les régions droite et gauche des coupes, on trouve une zone qui comprend des éléments cellulaires à noyaux mal colorés, serrés les uns sur les autres. Un vaisseau peut se reconnaître encore, on le trouve oblitéré par des cellules qui remplissent son calibre, tandis que ses couches périphériques sont infiltrées de cellules lymphatiques. De grosses veines dans cette région présentent un rétrécissement assez marqué de leur calibre, ainsi qu'une infiltration très nette de leur tunique externe, une périphlébite évidente.

*Examen histologique des lésions chez la malade qui fait
le sujet de l'observation VIII.*

La biopsie fut faite au niveau du bord interne du pied, elle enleva une nodosité datant de deux jours environ. Fixation par le sublimé acétique, coloration par l'hématéine, la thionine phéniquée, etc.

Epiderme. — La région où la biopsie a été faite ne permet pas d'accorder une grande importance à l'épaississement de la couche cornée : la couche granuleuse, le corps de Malpighi sont normaux. Il n'y a pas de diapédèse intra-épidermique.

Derme. — Les lésions importantes, les altérations les plus avancées occupent la profondeur, et quoique la biopsie ait été faite très largement, elle ne les comprend pas tout entières. On peut conclure de là que le début se fait à l'union de l'hypoderme et du derme, dans la région des glandes sudoripares, et dans la couche adipeuse dont on retrouve les vésicules sur les coupes.

De droite à gauche dans la région profonde qui nous occupe en ce moment nous pouvons distinguer trois régions.

Toute la moitié droite est occupée par un gros nodule entièrement caséifié ; à un faible grossissement on y distingue des vésicules adipeuses isolées les unes des autres, quelques rares vaisseaux altérés du reste, et des faisceaux conjonctifs nécrosés qui divisent la masse.

Plus loin on trouve, séparé du précédent par des tractus conjonctifs volumineux, un nodule arrondi plus petit, entièrement caséieux à son centre mais dont la périphérie est formée par des cellules nombreuses, assez serrées.

Enfin on arrive à gauche sur une région qui paraît saine à un faible grossissement et où l'on distingue des glandes sudoripares à des vaisseaux.

1° Nous avons peu de remarques à faire sur cette dernière zone ; les glandes sudoripares dans la portion sécrétoire de leur tube excréteur sont saines, les vaisseaux, artérioles, capillaires et veinules sont normaux ; ceux où l'on trouve du sang ne contiennent pas de leucocytes en nombre anormal ; autour d'eux il n'y a aucune trace d'irritation indiscutable : tout au plus pourrait-on relever la présence de cellules fixes en nombre un peu exagéré ?

2° La région centrale du nodule qui se trouve à droite de cette région est entièrement nécrosée, on ne retrouve aucun élément du tissu préexistant, sauf une ou deux vésicules adipeuses qui permettent de reconnaître la région de la peau où s'est formé le nodule.

Vers la partie profonde des coupes on reconnaît quelques cellules, dont le noyau est à peine colorable, des corps ayant la forme et la dimension de globules rouges, mais ne fixant plus les couleurs acides, disséminés comme s'il s'était produit une hémorragie.

Les lésions de la zone périphérique de ce nodule sont particulièrement importantes : elles permettent de saisir le processus à un âge peu avancé. On constate la prolifération des cellules fixes ; mais des noyaux nombreux déjà ne se colorent plus facilement ; puis, en certains points, des cellules nombreuses, qui ont le type des lymphocytes, beaucoup mieux conservées beaucoup plus vivantes. Dans cette zone, on trouve enfin des vaisseaux, mais souvent difficiles à distinguer, car tous sont altérés, et certains d'une manière excessive. Parfois le calibre est perméable mais rétréci, et les parois infiltrées de cellules ; en général le vaisseau est oblitéré par des

débris finement granuleux, sans doute de nature fibrineuse, les parois sont alors nécrosées et ne se reconnaissent qu'à la coloration un peu plus vive que celle du tissu voisin.

Un angle du nodule contient au milieu de cellules dont quelques-unes ont un protoplasma élargi un peu granuleux, cellules épithélioïdes, une cellule géante, ovulaire, possédant une double couronne de noyaux serrés les uns près des autres, dont le centre est très finement granuleux : on croirait voir un vaisseau thrombosé, mais la situation, ni les caractères de cette cellule géante, ne permettent d'émettre une hypothèse ferme sur son origine. A quelque distance, on trouve des noyaux agglomérés, formant des cellules géantes incomplètes, enfin on trouve la coupe d'un tube sudoripare excréteur tout à fait sain.

La masse caséuse qui occupe la région droite et profonde des coupes, présente exactement les mêmes lésions périphériques, on y trouve des lésions vasculaires à tous leurs stades ; il est peu facile d'en analyser le début. qui est marqué par une infiltration de cellules autour du vaisseau, en couronnes régulières, et dans ses parois, parfois la présence de leucocytes sans doute arrêtés dans la lumière. Mais l'oblitération est plus fréquente et toujours elle s'accompagne de nécrose ; dans les régions nécrosées en bloc du foyer, on reconnaît encore des vaisseaux, à la teinte rosée que prennent les globules rouges par le carmin d'alun, et on distingue vaguement les fibres de la paroi vasculaire.

La région moyenne du derme est saine en quelques points, mais ailleurs elle est semée de cellules nombreuses (lymphocytes et cellules fixes), bien colorables du reste. Les vaisseaux sont généralement altérés, c'est autour d'eux que l'infiltration cellulaire est le plus considérable ; parfois, s'il s'agit d'artérioles, on voit les cellules endothéliales multipliées, tuméfiées, rétrécissant le calibre.

Deux petits nodules que l'on voit sur une coupe colorée par le réactif de Biondi sont tout à fait intéressants, on y trouve des artérioles, en voie d'oblitération par la lésion de la tunique interne, et tout autour des leucocytes nombreux, et des cellules fixes, reliées par un réticulum, dû sans doute à la dissociation des faisceaux conjonctifs périvasculaires.

Les lésions de la région ont peu d'importance ; les vaisseaux y sont un peu dilatés, les cellules périvasculaires un peu plus nombreuses que dans la peau normale, les papilles paraissent légèrement tuméfiées.

Pour MM. Hallopeau et G. Bureau, les lésions sont surtout développées aux dépens des follicules pileux et des glandes sébacées. Toutefois, les glandes sébacées ne sont pas le siège exclusif de cette éruption, car, il existe dans les observations des nodules à la plante du pied. Voici, rapportés également *in extenso*, les résultats des recherches microscopiques faites par ces auteurs. La communication faite à la Société française de dermatologie le

10 décembre 1896, concerne le malade qui fait le sujet de l'observation X. La seconde communication, faite en février 1897, a eu lieu à propos du malade de l'observation XIX.

Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie,
le 10 décembre 1896, par M. HALLOPEAU et G. BUREAU.

*Examen anatomo-pathologique des lésions observées chez le malade
qui fait le sujet de l'observation X.*

Chez la malade atteinte de folliculite que nous avons présentée à la dernière séance de la Société, nous avons prélevé, par biopsie, plusieurs petits nodules à différents stades de leur évolution. Ces petits fragments ont été fixés au sublimé acétique, montés à la paraffine, coupés en séries, et les coupes colorées par différentes méthodes, et principalement par la thionine phéniquée et l'hématéine-éosine.

1^{er} fragment. — Petit nodule intra-dermique tout à fait récent, à peine perceptible à la vue, prélevé au niveau du bord cubital de la main.

En parcourant, à un faible grossissement, l'examen des différentes coupes, on voit qu'il existe toute une zone, correspondant au nodule, où la préparation est beaucoup plus fortement colorée. A un plus fort grossissement, on se rend compte qu'en ce point il y a une néo-formation considérable de cellules conjonctives ; on aperçoit aussi quelques lymphocytes, mais peu nombreux ; ce qui domine surtout, c'est la prolifération des cellules conjonctives. Les vaisseaux, au niveau du réseau profond, du réseau sous-papillaire et des rameaux communicants, sont entourés d'un manchon de leucocytes.

Dans la profondeur, on aperçoit la coupe des glomérules sudoripares qui paraissent absolument sains. Les légères lésions qui existent à ce niveau ont pour siège le tissu interstitiel et principalement les vaisseaux qui entourent les pelotons glandulaires. Mais les cellules des tubes sécréteurs ne sont nullement altérées.

Sur certaines coupes, on voit un canal excréteur de glande sudoripare, accompagné de ses deux vaisseaux latéraux ; le tube excréteur est sain, les vaisseaux sont entourés de lymphocytes.

L'épiderme est normal.

En résumé, à ce stade, la lésion est caractérisée par une prolifération des cellules conjonctives du derme avec manchon embryonnaire périvasculaire.

Les glandes sudoripares sont indemnes.

2^e fragment. — Nodule plus volumineux présentant une vésicule à son sommet, enlevé au niveau de la face latérale d'un doigt.

Sur les coupes de ce nodule, à un faible grossissement, on distingue facilement 3 zones : un soulèvement épidermique, au-dessous une zone ne se colorant pas ou se colorant mal, et profondément des sortes de nodules dans la région des glandes sudoripares.

Au niveau de la vésicule, l'épiderme est soulevé en entier ; par places

quelques rares cellules de la couche profonde du réseau de Malpighi restent adhérentes au sommet des papilles, mais leur noyau ne se colore plus ; sur les côtés de la vésicule on aperçoit, mais en bien petit nombre, des cellules épidermiques présentant l'altération cavitaire ; cette vésicule paraît donc être formée, comme les phlyctènes, par soulèvement entier de l'épiderme sans altération cavitaire préalable des cellules malpighiennes.

Au-dessous se trouve toute une zone de nécrose où il est impossible de trouver un seul noyau cellulaire coloré, puis de l'œdème, et enfin, dans la profondeur, des nodules.

Ces nodules siègent dans la région des glandes sudoripares, mais ils ne paraissent nullement s'être formés à leurs dépens. Ils sont constitués par une agglomération de cellules plasmatiques et de cellules à protoplasma granuleux et à noyaux volumineux, cellules épithélioïdes ; au milieu de ces nodules, on aperçoit des vaisseaux en général assez profondément altérés et même, au centre d'un de ces nodules, se trouve un nerf. Les glandes sudoripares qui se trouvent dans le voisinage sont peu lésées ; les cellules des tubes sécréteurs sont saines, on en trouve cependant quelques-unes dont le noyau est en voie de karyokinèse : à ce niveau, la lésion prédomine autour de vaisseaux qui sont entourés de lymphocytes. Près d'un de ces glomérules se trouve une grosse veine atteinte d'une inflammation de sa tunique interne.

3^e fragment. — Nodule dont la croûte vient de tomber, pris au niveau du coude.

Les lésions de ce fragment rappellent tout à fait celles du précédent. A la place de la vésicule se trouve une ulcération contenant quelques globules sanguins et dont la partie profonde est formée par un fin réseau fibrillaire.

A la périphérie, il y a prolifération de l'épithélium ; on voit que c'est une perte de substance en voie de cicatrisation. Tout à fait dans la profondeur du derme, on retrouve les mêmes nodules que précédemment, quoique moins volumineux ; on aperçoit encore, au centre d'un de ces nodules, un nerf qui est coupé longitudinalement.

Dans aucune de nos coupes nous n'avons pu trouver de cellules géantes ; la recherche des bacilles de Koch a été faite aussi sans résultats sur plusieurs d'entre elles.

Dans les deux premiers fragments, nous n'avons rencontré ni follicules pileux, ni glandes sébacées ; dans le troisième, nous avons trouvé un follicule pilo-sébacé siégeant près de la lésion, mais parfaitement sain.

D'après ce premier examen, il semble certain à MM. Hallopeau et G. Bureau que cette affection n'a son point de départ ni dans les follicules pilo-sébacés, ni dans les glandes sudoripares, mais au niveau des vaisseaux. Son siège initial profond dans la région des glandes sudoripares tient probablement à l'extrême richesse vasculaire qui existe à ce niveau. Elle n'est pas d'origine externe,

elle n'est pas due à une infection extérieure, car ses lésions ne sont pas celles que l'on rencontre dans ce cas ; ici, on trouve des lésions de mortification, de nécrose des tissus ; c'est ce qui explique la marche lente de ces nodules.

Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie,
le 11 février 1897, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.

*Examen bactériologique et anatomo-pathologique des lésions observées chez
le malade qui fait le sujet de l'observation XIX.*

Examen bactériologique. — Le pus de ces pustulettes, ensemencé à deux reprises différentes dans du bouillon et sur agar, n'a donné lieu à aucune culture.

De même, nous avons tenté par deux fois, sans résultat, l'auto-inoculation de ces lésions, la première fois au moyen d'une piqûre faite au bras avec une lancette chargée du pus de l'un de ces éléments, la deuxième fois en portant ce pus au niveau d'une petite phlyctène que nous avions préalablement déterminée par une légère brûlure.

Examen anatomo-pathologique. — Nous avons pratiqué deux biopsies chez ce malade : l'une comprenant un petit élément surmonté de la pustulette centrale a été prélevée sur la partie latérale de l'abdomen ; l'autre a été faite au niveau de la plaque qui existait sur l'avant-bras gauche. Une partie de cette dernière a été inoculée à un cobaye ; mais il s'est écoulé trop peu de temps depuis, pour que nous puissions en donner le résultat.

Ces pièces ont été fixées au sublimé acétique, montées à la paraffine et coupées en séries. Les coupes ont été traitées par différentes méthodes, notamment par le picro-carmin, l'hématéine-éosine et la thionine phéniquée. Sur un très grand nombre d'entre elles nous avons pratiqué la recherche du bacille de Koch, mais sans succès.

Premier fragment. — L'examen des différentes coupes de cette pièce montre d'une façon évidente que la lésion s'est développée aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont elle reproduit exactement la forme. Profondément, elle s'étend un peu vers les glandes sudoripares en suivant le trajet des vaisseaux, mais les glandes sudoripares elles-mêmes sont normales. La lésion consiste en un véritable petit abcès intra-folliculaire et intra-glandulaire ; au centre, elle s'infiltré profondément au niveau du follicule pileux dont on retrouve néanmoins encore quelques traces. Latéralement et plus superficiellement, elle a à peu près complètement détruit les glandes sébacées dont on voit cependant encore quelques vestiges à la périphérie sous forme de cellules glandulaires altérées, et surtout dont on reconnaît le siège par la présence des fibres du muscle tenseur du poil qui sous-tendait cette glande et qui maintenant sous-tend cette infiltration. Au centre de cette infiltration, existe une cavité contenant une grande quantité de leucocytes polynucléaires ; l'infiltration elle-même est formée par des leuco-

cytes et des cellules plus volumineuses à gros noyaux ; enfin on constate, surtout à la périphérie, un grand nombre de cellules géantes, très caractéristiques.

Dans une autre des coupes, on constate une infiltration péri-vasculaire abondante.

Deuxième fragment. — Sur cette pièce, les lésions sont à un stade plus avancé. On y trouve deux nodules différents comme siège, comme forme et comme structure.

L'un de ces nodules, beaucoup plus petit, plus superficiel, semble formé aux dépens d'une glande sébacée à laquelle était annexé un poil atrophié, dont on ne voit plus que quelques débris. Ce nodule offre l'aspect typique d'un nodule tuberculeux ; la partie centrale est caséifiée ; autour on voit plusieurs cellules géantes très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes, et enfin, plus en dehors, une infiltration embryonnaire.

L'autre nodule ressemble tout à fait à celui de notre première biopsie, si ce n'est que la lésion y est à un stade beaucoup plus avancé ; comme lui, il s'est développé aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont il rappelle absolument la forme. Profondément, on trouve un tissu en train de s'organiser ; mais présentant cependant encore un grand nombre de cellules géantes très typiques ; au-dessus de cette infiltration, existe une dépression de l'épiderme, une sorte d'utricule tapissée de cellules épidermiques sur toute sa paroi qui semble correspondre à la dépression cupuliforme des cicatrices que laissent ces éléments.

En résumé, les lésions que nous avons étudiées chez ce malade sont surtout développées aux dépens des follicules pileux et des glandes sébacées, ce que du reste révélait déjà l'examen objectif de ces éléments. Toutefois, les glandes sébacées ne sont pas le siège exclusif de cette éruption, car, ainsi que nous l'avons signalé dans l'observation, il existe aussi des nodules à la plante du pied.

Bien que la présence de cellules géantes ne soit pas exclusive aux lésions tuberculeuses, et que, d'autre part, nous n'ayons pu, comme nous l'avions prévu, déceler dans les lésions la présence de bacilles de la tuberculose, il nous semble cependant important d'insister sur le grand nombre de cellules géantes rencontrées dans ces lésions et aussi sur leur constitution suivant le type du nodule tuberculeux.

Bien que la présence de cellules géantes ne soit pas exclusive aux lésions tuberculeuses, et que d'autre part, ils n'aient pas pu déceler la présence des bacilles de la tuberculose, MM. Hallopeau et G. Bureau semblent cependant insister sur le grand nombre de cellules géantes rencontrées dans ces lésions, et aussi sur leur constitution suivant le type du nodule tuberculeux. « Ce fait ne serait nullement en désaccord, dit M. Hallopeau, avec l'interpré-

tation formulée au Congrès de Londres en faveur de l'origine toxinique de ces manifestations tuberculeuses disséminées. Il est de toute évidence, en effet, que dans les nodules tuberculeux typhiques, les bacilles ne déterminèrent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par les produits spéciaux, autrement dit par les toxines qu'ils engendrent; on conçoit dès lors que ces toxines puissent aller déterminer dans les diverses parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules. En somme, on trouve dans les lésions cutanées des nodules ayant tous les caractères de la tuberculose, sauf les bacilles. »

M. le Dr Veillon a fait une biopsie dans un cas de folliculite. La malade, dont l'observation est rapportée dans notre thèse (obs. XXIII), présentait des lésions de folliculite caractéristiques et en pleine évolution. M. Veillon a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches, et c'est pour nous une bonne fortune de pouvoir les exposer ici.

Examen histologique, bactériologique et expérimental d'une des lésions présentées par la malade de l'observation XXIII, par M. le Dr VEILLON, chef de clinique de M. Brocq (inédit).

Un élément typique siégeait à la face externe de la jambe droite. Cet élément entier fut enlevé par biopsie et coupé en deux morceaux égaux de la grosseur d'un petit pois.

Un de ces morceaux a été inoculé aseptiquement sous la peau d'un cobaye. La plaie cutanée de l'animal a guéri par première intention, et le fragment s'est enkysté dans le tissu cellulaire sous-cutané où on le sentait encore un mois après l'inoculation. Peu à peu il s'est résorbé et trois mois après l'insertion on n'en sentait aucune trace. Les ganglions de la région n'ont point grossi et n'ont montré cliniquement aucune lésion. L'état général du cobaye a toujours été excellent et le poids a toujours augmenté.

L'autre fragment a été fixé dans l'alcool, durci et inclus dans la paraffine. Les coupes en séries ont été colorées par l'hématéine et l'éosine, par le picro-carmin, par la thionine.

Sur une coupe à peu près perpendiculaire à la surface cutanée, on voit l'épiderme, le derme et une partie du tissu cellulaire sous-cutané.

L'épiderme, dans ses différentes couches, ne présente pas de lésions no-

tables, sauf l'existence de quelques cellules migratrices disséminées. L'éléidine paraît normale sauf sur un point très limité où elle manque.

Le derme, au contraire, présente de nombreuses lésions. D'une façon générale, il est épaissi et chacune de ses parties constituantes a été plus ou moins touchée par la maladie. La couche papillaire est infiltrée de petites cellules rondes, non pas d'une façon diffuse, mais par petits amas. En regardant avec soin on voit que ces amas cellulaires sont surtout situés autour des vaisseaux dont certains sont entourés de véritables manchons. Dans toute l'épaisseur du derme les vaisseaux sanguins sont dilatés, leurs parois sont épaissies et beaucoup, comme nous l'avons dit, sont entourés d'une infiltration cellulaire. Quelques capillaires sont thrombosés. Les fentes lymphatiques sont dilatées et sont le siège d'une infiltration cellulaire péri-vasculaire.

Les organes annexés à la peau, follicules pileux et glandes sudoripares, sont principalement le siège d'une violente inflammation. Toutes les glandes sudoripares présentent des lésions, mais quelques-unes sont plus malades.

Les canaux de la glande sont en général sains. Chez quelques-uns l'épithélium paraît gonflé et le noyau des cellules se colore moins bien, mais tout autour de la glande on voit un grand nombre de cellules rondes à gros noyaux prenant vivement l'hématéine, tassées les unes contre les autres. Non seulement elles enterrent la glande, mais encore elles pénètrent entre les canaux, les dissocient et les compriment. Ces cellules rondes ont les caractères des lymphocytes.

Les capillaires autour de ces glandes sont nombreux, quelques-uns sont thrombosés, le tissu cellulaire se colore moins bien, il paraît nécrosé par places.

Un follicule pileux est de même entouré d'un amas cellulaire ayant absolument les mêmes caractères.

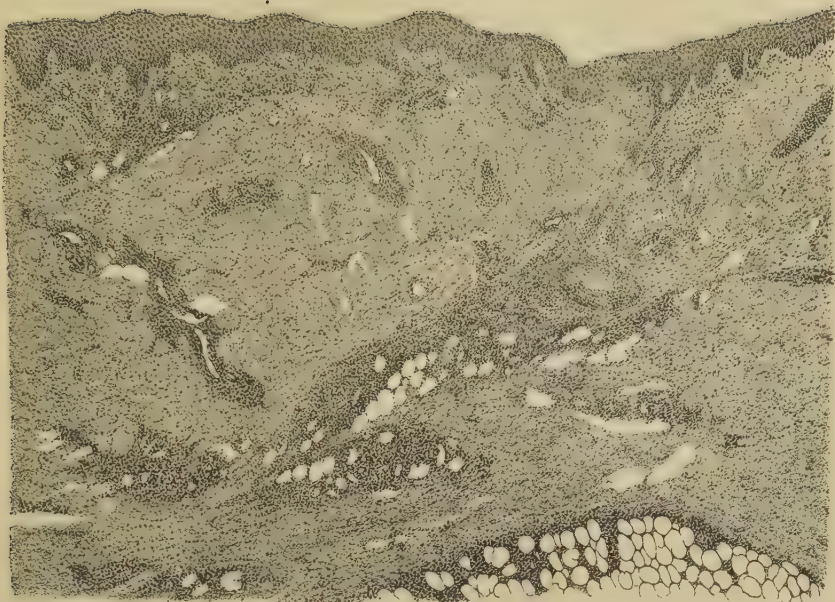
Sur les limites du derme et de l'hypoderme, on voit encore de petits nodules inflammatoires situés autour des vaisseaux.

En résumé, l'épiderme est peu ou point touché, le derme, épaissi, contient des nodules inflammatoires.

Les petits nodules entourent les vaisseaux, mais ce sont les glandes sudoripares et les follicules pileux qui sont le siège des gros nodules.

Nulle part nous n'avons vu de cellules géantes.

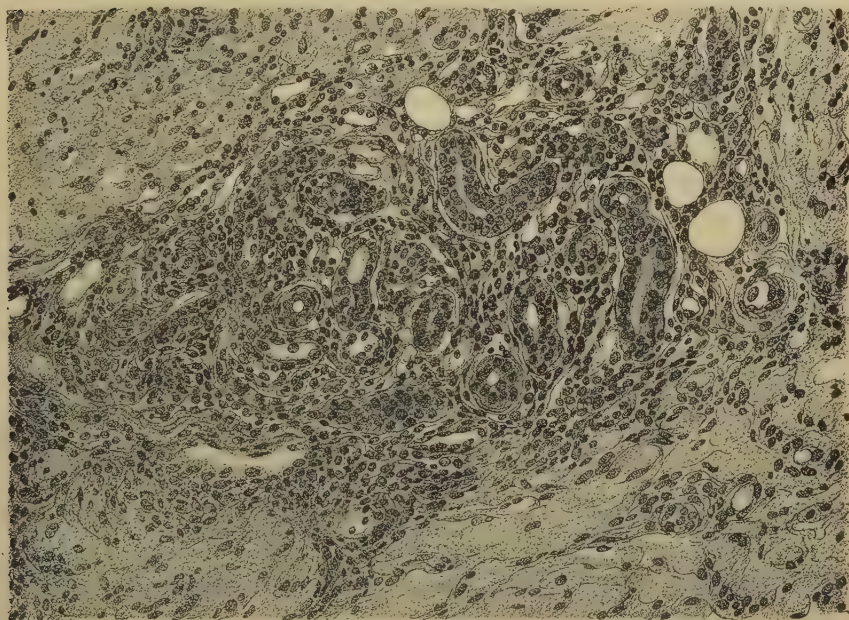
Les coupes traitées par la coloration à la thionine ou par la méthode de Gram ont montré qu'il n'y avait pas de microbes colorables. Les lésions sont donc constituées par des nodules inflammatoires, d'une nature indéterminée, car l'inoculation a montré qu'ils ne contenaient pas de bacilles de la tuberculose, et d'autre part, il n'a pas été possible d'y découvrir de formes microbiennes.



A. Leuba del.

FIGURE 1. — Folliclis. — Lésions d'ensemble. — Epiderme et derme.

Obj. 0 } Verick.
Oc. 2 }



A. Leuba del.

FIGURE 2. — Folliclis. — Coupe au niveau d'un glomérule sudoripare.

Obj. 3 } Verick.
Oc. 3 }

CONCLUSIONS

I. — La folliclis est une entité morbide bien distincte, à retrancher désormais du groupe vague et mal déterminé des folliculites.

II. — C'est un type clinique des plus rares, caractérisé par des nodosités dermiques, aplaties, papuleuses au début, puis pustuleuses et souvent ombiliquées. Son évolution est essentiellement chronique, se fait par poussées successives et se termine toujours en laissant une cicatrice d'abord fortement pigmentée en brun ou en noir et ressemblant dans la suite aux cicatrices de la variole.

III. — Les recherches anatomo-pathologiques montrent que cette affection semble prendre naissance exactement et exclusivement dans les follicules soit sébacéo-pileux, soit sudoripares, voire dans leur portion intra-dermique.

IV. — La pathogénie de cette affection est encore obscure. La clinique montre une relation évidente entre la folliclis et la tuberculose. L'histologie, l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'inoculation des produits morbides aux animaux ne donnent pas de preuves permettant d'affirmer cette relation.

V. — La recherche des bacilles de la tuberculose dans les lésions a toujours été négative.

VI. — Les examens histologiques ne montrent pas les lésions caractéristiques des nodules tuberculeux. La présence de cellules embryonnaires très nombreuses autour des glandes sudoripares et des follicules sébacéo-pileux indique seulement que ces organes sont le siège d'une inflammation assez vive qui aboutit à la nécrose et à la suppuration.

VII. — L'ensemencement du pus de ces lésions, fait avant que les infections et les inoculations secondaires venant de l'extérieur se soient produites, est resté sans résultat.

VIII. — L'inoculation des produits morbides aux cobayes n'a pas donné de lésions tuberculeuses. Elle est restée également infructueuse.

IX. — En présence de ces faits, l'opinion la plus généralement admise à l'heure actuelle, c'est que la folliclis serait une manifestation de l'action sur la peau des toxines tuberculeuses élaborées dans des foyers viscéraux ou ganglionnaires et arrivant aux téguments par la voie sanguine ou par la voie lymphatique.

X. — Si l'on admet cette interprétation, on pourra rapprocher de la folliclis toute une série d'affections cutanées ayant la même étiologie et sur la nature exacte desquelles on n'est pas encore bien fixé : acnitis, lichen scrofulosorum, lupus pernio, acné des cachectiques, érythème induré des jeunes filles, etc... Ces diverses affections pourraient alors former un nouveau groupe, celui des tuberculides, et l'on aurait dans ces conditions un groupe morbide analogue à celui des syphilides, et à celui des diabétides.

Cette manière de voir constitue une hypothèse très séduisante que la clinique semble confirmer, mais à laquelle les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales n'ont donné aucune sanction. Elle a le mérite de jeter une certaine lumière sur les relations qui unissent la tuberculose et les maladies de la peau, mais jusqu'à présent, ce n'est qu'une hypothèse, et la question des tuberculides, pour être tirée au clair, nécessite encore de nouveaux travaux.

Vu :

Le Président de la thèse,
FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Brocq.** — *Traitement des maladies de la peau.*
- Barthélémy.** — Mémoire sur l'acnitis, *Annales de Dermatologie*, 1891.
- Bronson.** — Acne varioliformis of the extremities. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, 1891.
- Politzer.** — Hydradenitis destruens suppurative. *Monatsch. für prak. Dermatologie*, 1892.
- Dubreuilh.** — Idrosadénite suppurative disséminée. *Annales de Dermatologie*, 1892.
- *Archives de médecine expérimentale*, 1893.
- Unna.** — Spiradénite disséminée suppurative. *Die Histo-path. der Haut.*, 1894.
- Tennessee, Leredde et Martinet.** — Sur un granulome innommé. *Annales de Dermatologie*, 1896.
- Hallopeau.** — Congrès de Londres. Compte rendu. Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau. *Annales de Dermatologie*, 1896.
- Adolf Spiegel.** — *Monatsch. für prak. Dermatologie*, 1896.
- Bœck.** — Les exanthèmes de la tuberculose. *Archiv. für Dermatologie*, 1898.
- Annales de Dermatologie*, 1890-1898. Compte rendu des séances de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Communications et présentations de malades.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
